

HEALTH RISK ASSESSMENT (건강 평가 설문지)

회원 이름:	중간 이름 첫 글:	회원 성:	생년 월일:
주소:			가입 시작 날짜:
			멤버 아이디:
전화번호:			플랜 번호:

회원님께,
건강 평가 설문지는 귀하의 건강 상태를 Astiva Health 에게 알려주는 간단한 설문 조사입니다. 귀하께서 제공해 주시는 정보는 개별화된 관리 계획(ICP)을 개발하는 데 사용됩니다. 응답 내용은 건강보험 혜택에 영향을 미치지 않으며, 오직 주치의와만 공유됩니다. 귀하의 건강에 필요한것을 도울수 있도록 답변을 부탁드립니다. 동봉된 봉투를 사용하여 반환해 주시기 바랍니다. 저희는 귀하의 신뢰를 소중히 여기며, 개인정보 보호를 위해 모든 조치를 취하고 있습니다. 감사합니다.

Individual's Rights (개인의 권리)

1. 이 건강 평가 참여에 동의하십니까? 예 아니요
 a. Astiva 간호사가 건강 관리계획 전화를 드리는 것에 찬성하십니까? 예 아니요 전화하지 마십시오

General Health Survey (일반 건강 설문)

2. 지난 12 개월 내에 주치의를 방문한 적이 있습니까? 예 아니요
3. 같은 연령대의 사람들과 비교하시면, 본인 건강 상태를 어떻게 설명하시겠습니까?
 매우 좋음 좋음 보통 나쁨
4. 지난 1 년 동안 병원이나 응급실에 입원한적 있습니까? 다녀왔으면 몇 번 인가요?
 0 회 1 회 2 회 3 회 이상
5. 다음 의료기기 중 사용하시는 것이 있습니까? (해당되는 모든 항목을 표시해 주세요.)
 아니요 지팡이 보행기 휠체어 전동 스쿠터 산소 CPAP/BiPAP 씨랩/바이랩 병원 침대

6. 다음 중 가지고 있는 모든 건강질환을 표시해 주세요:

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| a. <input type="checkbox"/> 당뇨병 또는 고혈당 | f. <input type="checkbox"/> 심부전 | l. <input type="checkbox"/> 행동정신 장애/건강 상태 |
| b. <input type="checkbox"/> COPD, 천식 또는 기타 호흡/폐 질환 | g. <input type="checkbox"/> 기타 심장 질환 | m. <input type="checkbox"/> 알츠하이머병/치매 |
| c. <input type="checkbox"/> 신장 질환 또는 신부전 | h. <input type="checkbox"/> 활동성 암 | n. <input type="checkbox"/> 파킨슨병 |
| d. <input type="checkbox"/> 고혈압 | i. <input type="checkbox"/> 뇌졸중 병력 | o. <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| e. <input type="checkbox"/> 영양실조/원치 않는 체중 감소 | j. <input type="checkbox"/> 심한 비만 | p. <input type="checkbox"/> 해당 없음 |
| | k. <input type="checkbox"/> 콜레스테롤 | |

7. 사전 연명의료의향서를 작성한적 있으십니까? (임종 또는 중증 치료 시 개인의 의료 바람을 명시한 문서입니다.)
 예 아니요 모르겠음

Member Name (First M.I. Last)

Member ID:

8. 평상시에 10 점 만점에 8 점 이상의 심한 통증을 느끼세요? 아니요 예
 있다면, 통증을 어떻게 관리하시나요? (해당되면 선택하십시오)
 처방약 일반 의약품 운동 물리치료 한약, 침, 대체 의학
 휴식 아무 것도 하지 않음 기타 _____

9. 처방약을 처방된대로 복용 못하는 이유가 있나요? (가장 주된 이유를 선택하십시오)
 복용 일정이 어려움 약 수령이 어려움 약 복용을 잊어버림
 비용 문제 약에 대한 불신 처방된 대로 복용함
 부작용 복용 방법을 잘 모름 어떤약도 복용하지 않음
 시력 문제 처방약을 구하기 어려움 기타 _____

Emotional and Mental Health (정서적 및 정신 건강)

10. 지난 한 달 동안, 다음과 같은 느낌을 얼마나 자주 느꼈습니까?

	전혀 없음	며칠 동안	절반 이상 (phq-9)	거의 매일 (phq-9)
a. 일 또는 여가 활동을 하는 데 흥미나 즐거움을 느끼지 못함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Functional Assessment (기능 능력 평가)

11. 다음 활동을 수행할 때 얼마나 자주 도움이 필요 합니까?	할 수 없음	예, 도움이 필요함	아니요, 스스로 합니다	12. 지난 12 개월 동안 몇 번 넘어지셨습니까? <input type="checkbox"/> 0 회 <input type="checkbox"/> 1 회 <input type="checkbox"/> 2 회 <input type="checkbox"/> 3 회 이상
a. 화장실 사용:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. 지난 30 일 동안 주당 최소 30 분 운동한 게 몇 회입니까? <input type="checkbox"/> 0 회 <input type="checkbox"/> 1-2 회 <input type="checkbox"/> 3-4 회 <input type="checkbox"/> 5 회 이상
b. 식사하기:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. 걷기:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. 목욕:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. 옷 입기:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Social Health History (사회적 건강 평가)

14. 지난 12 개월 안에, 음식이 떨어질까봐 걱정할 적이 있습니까?
 예 아니요

15. 지난 12 개월 동안, 교통 수단 문제로 병원예약이나 일상생활에 필요한 일을 할 수 없었습니까?
 예 아니요

16. 집/주거지를 잃을까봐 걱정이 되시나요?
 예 아니요

17. 현재 주거생활을 가장 잘 설명하는 것은 무엇입니까?
 혼자 거주 가족 또는 배우자 함께
 가족 아닌 타인과 함께 거주 돌 보미와 거주
 요양원이나 간병 시설에 거주
 안정적 영구 주택이 부족함

18. 현재 살고있는 곳에서 육체적으로 아니면 감정적으로 안전하지 않다고 느낀 적이 있습니까?
 아니요 예 답변 거부

19. 지난 12 개월 동안 하루에 4~5 잔 이상의 술을 마신 적이 몇 번이나 있었습니까?
 전혀 한 달에 한 번
 일주일에 한 번 매일 또는 거의 매일

회원 서명: _____

오늘 날짜: _____