



CalOptima Health
 A Public Agency
 505 City Parkway West
 Orange, CA 92868
 ☎ 714-246-8400
 📞 TTY 711
 ⓘ caloptima.org

OneCare 計畫

健康風險評估

OneCare (HMO D-SNP) 是一項 Medicare Medi-Cal 計畫，希望為您提供滿足您健康需求的良好醫療保健。您對這些調查問題的回答將幫助我們更好地為您服務。我們會將您的信息保密，並且只會與您的家庭醫生 (PCP) 以及治療您或幫助您滿足健康需求的人員分享您的答案。填寫此調查**不會**影響您獲得醫療保健服務。

OneCare 團隊成員可以通過電話、視頻通話或當面向您詢問這些問題。要請求填寫此調查的幫助，請撥打免費電話 1-877-412-2734 (TTY 711) 致電 OneCare 客戶服務。我們的工作人員會說您的語言。**如果您需要幫助完成此調查，請撥打此號碼。**

如果您不需要此調查的幫助，請填寫並儘快使用隨附的郵資已付信封郵寄給我們。

姓:	名:	健康網路:
CalOptima ID 號碼 (CIN):	電話(家庭):	電話(移動):
地址:		電子郵箱:
身高:	體重:	今天日期:
生日:		性別:

指示：

- 請閱讀每個問題並在方框內打上這樣的標記： 作為您的答案。
- 有些問題要求您在橫線上寫出答案。請將您的答案寫在問題旁邊的橫線上。

謝謝您!

1. 是否有人幫助您填寫了這份調查問卷？

是, 我的照顧者 是, 我的法定監護人 是, 家人或朋友

不, 我獨自完成的調查 其他 (請解釋): _____

a. 如果是, 您為什麼需要幫助？

看不清楚 讀不明白 有些題看不懂

其他 (請解釋): _____

2. 您喜歡說什麼語言？

英文 西班牙文 越南語 阿拉伯語 韓語

波斯語 粵語 漢語 其他: _____

過去和現在的健康狀況

3. 一般來說, 您認為您的健康狀況是：

非常好 好 一般 不好

4. 您最後一次看診家庭醫生 (PCP) 或醫生是什麼時候？

少於 6 個月 6 到 12 個月前 超過 1 年前 從未

5. 您做過以下項目嗎？(在您做過的那些項目旁邊的框中標記 X。)

- 過去一年注射過流感疫苗或流感噴霧
- 過去 5 年內注射過肺炎疫苗
- 在過去 5 年內注射過帶狀皰疹疫苗 (帶狀皰疹)
- 過去一年的大腸癌篩查
- 過去 2 年的乳房 X 光檢查 (僅限女性)
- 過去 3 至 5 年 PAP 塗片 (僅限女性)
- 骨密度測試 (骨質疏鬆測試)

6. 在過去 3 個月內, 您是否被告知需要接受手術但您沒有去做？

是 否 推薦但我拒絕了

推薦手術名稱： _____

7. 您目前有哪些健康狀況？（在您所擁有的條件旁邊的框中標記 X。）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 阿爾茨海默氏症或癡呆症 | <input type="checkbox"/> 高血壓 |
| <input type="checkbox"/> 焦慮 | <input type="checkbox"/> 艾滋病毒或艾滋病 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 |
| <input type="checkbox"/> 雙相情感障礙 | <input type="checkbox"/> 肝臟問題 |
| <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 (COPD) 或肺氣腫 | <input type="checkbox"/> 多發性硬化症 |
| <input type="checkbox"/> 抑鬱症 | <input type="checkbox"/> 帕金森綜合症 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 精神分裂症 |
| <input type="checkbox"/> 癲癇或癲癇症 | <input type="checkbox"/> 中風 |
| <input type="checkbox"/> 心力衰竭 | <input type="checkbox"/> 甲狀腺問題 |
| <input type="checkbox"/> 丙型肝炎 | <input type="checkbox"/> 其他（請寫出條件）： _____ |

8. 您在思維、記憶或決策方面是否有任何變化？

- 是 否

9. 您是否有任何健康問題正在惡化？

- 是 否

如果是，請列出問題： _____

10. 您是否有任何未接受治療的傷口、潰瘍或皮膚破損？

- 是 否

如果是，請描述： _____

11. 您服用多少種處方藥？

- 無 1 到 5 種 6 種獲更多

12. “我想問問您，您認為自己是如何管理自己的健康狀況的”

a. 您需要幫助服藥嗎？ 是 否

b. 您需要幫助填寫健康表格嗎？ 是 否

c. 您在看醫生期間需要幫助回答問題嗎？ 是 否

13. 您現在在配藥時遇到任何問題嗎？

- 是 否

如果有，哪些藥物？ _____

14. 在過去的 6 個月裡，您去了幾次醫院急診室？

- 無 1 次 2 次獲更多

15. 在過去的 12 個月裡，您有多少次在醫院過夜？

無

1 次

2 次獲更多

16. 您的主要健康問題是什麼？ _____

專科護理

17. 您現在正在接受專科醫生的護理嗎？專家是醫生，如外科醫生、心臟醫生、皮膚科醫生、心理健康專家和其他在某一醫療保健領域是專家的醫生。

是 否

如果是，您的專家的姓名是什麼？他們的專長是什麼？

例如: John Smith, Oncology _____

18. 您最後一次看專科醫生是什麼時候？

6 個月前

6 到 12 個月前

超過一年之前

19. 您是否有會影響日常活動的疼痛？ 是 否

如果有，痛點在哪裡？ _____

從 1-10 評分（1 表示最小疼痛，10 表示最大疼痛）： ____

如果超過 5，您做些什麼來緩解疼痛？ _____

20. 您是否患有癌症？ 是 否

如果是，那種癌症？ _____

您現在正在接受癌症治療嗎？ 是 否

21. 您在過去一年接受過移植手術嗎？ 是 否

a. 如果有，哪一種？ _____

22. 您在透析嗎？ 是 否

23. 您在孕期嗎？(僅女性) 是 否 N/A

如果是，您的預產期是什麼時候？ _____

您在接受產前檢查嗎？ 是 否

生活安排和日常運作

24. 你目前的生活安排是怎樣的？

獨自生活

與家人、朋友或伴侶同住

與付費看護人同住

寄宿和護理設施

正在經歷無家可歸

汽車旅館

其他（列出）：

25. 您能在家里安全地生活並輕鬆地在家裡走動嗎？ 能 不能

如果不能，您居住的地方是否有：

a. 好的燈光 是 否

b. 好的供暖 是 否

c. 好的製冷 是 否

d. 適用於任何樓梯或坡道的欄杆 是 否

e. 熱水 是 否

f. 室內衛生間 是 否

g. 有鎖的通往外面的門 是 否

h. 進入您家的樓梯或您家中的樓梯 是 否

i. 電梯 是 否

j. 可使用輪椅的空間 是 否

k. 無阻擋的地出門通道 是 否

26. 您在上個月有跌倒過嗎？ 是 否

a. 你是否害怕跌倒？ 是 否

27. 您在以下操作中需要幫助嗎？

a. 洗澡或淋浴 是 否

- | | | |
|---------------|----------------------------|----------------------------|
| b. 上樓梯 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| c. 進食 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| d. 穿衣 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| e. 刷牙、梳頭、剃須 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| f. 做飯 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| g. 離開床或椅子 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| h. 購物和獲取食物 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| i. 使用廁所 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| j. 走路 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| k. 洗碗或洗衣服 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| l. 寫支票或支配錢 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| m. 搭車去看醫生或看朋友 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| n. 做家務或庭院工作 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| o. 外出探望家人或朋友 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| p. 使用電話 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| q. 安排預約 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

如果是，您是否獲得了這些行動所需的所有幫助？ 是 否

28. 您有家人或其他人在您需要幫助時願意並能夠幫助您嗎？ 是 否

如果是，看護人的姓名和關係 _____

29. 您是否有過認為您的護理人員很難為您提供所需的所有幫助？

是 否

a. 如果有，您認為您的看護者需要什麼支持？ _____

30. 您是否有牙齒問題導致您無法健康飲食？

是 否

a. 如果有，請解釋說明： _____

31. 在沒有噎嚥的情況下，您是否經常難以吞嚥食物或液體？ 是 否

心理健康

32. 在過去的 2 週內，您是否對做事缺乏興趣或樂趣？

完全沒有 幾天 超過一半的天數 幾乎每天

33. 在過去的 2 週內，您是否感到沮喪、悲傷或絕望？

完全沒有 幾天 超過一半的天數 幾乎每天

34. 在過去的 30 天裡，您有多少天感到孤獨？

沒有 — 我從未感覺孤單

少於 5 天

超過一半的天數（超過 15 天）

大多數日子——我總是感到孤獨

35. 您害怕任何人或有人傷害您嗎？

是 否

a. 有沒有人在您不同意的情況下使用您的錢？

是 否

獲得的服務

36. 您是否使用這些輔助工具？(在您使用的輔助工具旁邊的框中標記 X。)

牙套或假肢

輸液（靜脈 [IV] 藥物）

導管（泌尿）

造口袋或用品

CPAP 或 BiPAP（幫助您入睡的機器）

氧氣

糖尿病用品（血糖儀等）

氣管切開術（trach）或抽吸用品

尿布或失禁用品

管飼用品

助聽器

助行器或手杖

病床

輪椅

如果您沒有使用任何這些，您需要任何幫助嗎？ 是 否

如果有，請列出：_____

37. 您是否有時沒錢買食物、房租、賬單和醫藥費？ 是 否

a. _____

38. 您目前是否使用任何 Medi-Cal 服務？

交通幫助

幫助支付水電費（CARE/FERA）

縣酒精或藥物門診服務

居家支持服務 (IHSS)

縣心理健康

橙縣區域中心 (RCOC)

食品援助計劃（Meals on Wheels、
CalFresh、食品銀行）

住房服務

牙科

其他社區資源：_____

39. 您是否有興趣獲取有關上述資源的任何信息？ 是 否

社會史

40. 您吸煙、吸電子煙或使用煙草嗎？ 是 否

如果是，你想要幫助戒菸嗎？ 是 否

41. 您多久喝一次含有酒精的飲料？

- 從不 每月 1 次或更少 每月 2-4 次 每週 2-3 次
 每週 4 次或更多次

42. 當您喝酒時，您典型的一天會喝多少（含酒精的）飲料？

- 1-2 杯 3-4 杯 5 杯或更多

醫療保健計劃

43. 您是否有為您做出醫療保健和其他選擇的人？

沒有，我可以做出自己的選擇

有，我有朋友或家人 姓名和關係 _____

是，我有法定監護人 姓名和關係 _____

44. 您有醫療保健的預先指示嗎？（這是一份文件，告訴醫生和醫院在您無法為自己說話的情況下該怎麼做。） 是 否

如果有，哪一種？

- 生前遺囑 醫療保健的持久授權書
 醫療保健委託書 持生命治療的醫囑 (POLST)

如果沒有，您想和某人談談獲得預先指示的問題嗎？ 是 否

45. 您是否有影響您的治療選擇的任何文化和宗教信仰？

是 否

如果是，請解釋說明？ _____

46. 您更喜歡用哪種語言獲取書面健康信息？

- 英文 西班牙文 越南文 阿拉伯文
 韓文 波斯文 繁體中文
 其他: _____

47. 您更喜歡以哪種格式獲取健康信息？

- 書面（打印）
 書面（大字體）
 盲文
 音頻或 CD

48. 您的護理目標是什麼？ _____

OneCare (HMO D-SNP) 是一種 Medicare Medi-Cal 計劃，是具有 Medicare 合同的 Medicare Advantage 組織。 加入 OneCare 取決於合同續訂。OneCare Connect 計畫遵守現有聯邦民權法規，並不因種族，膚色，原國籍，年齡，殘障或性別而歧視任何人。致電 OneCare 客戶服務免費電話 **1-877-412-2734** (TTY **711**)，每週 7 天，每天 24 小時。瀏覽我們的網站 www.caloptima.org/OneCare。

內附：

- 禁歧視插入通知