



# IEHP DualChoice 會員

## 健康風險評估

### DualChoice

在 IEHP DualChoice (HMO D-SNP), 我們希望能夠盡我們所能為您提供最優質的照護。請完成本健康風險評估以協助我們瞭解您的健康照護需求。您的答案絕對不會對您的福利造成影響。我們可能會請您跳過一些問題。您可透過四種方式當中的其中一種方式完成本問卷調查：

1. **當面**：IEHP 的團隊成員可與您會面以協助您填寫問卷調查。
2. **電話**：IEHP 的團隊成員可致電給您以填寫問卷調查。
3. **郵寄**：您可填寫表格並使用隨附的回郵信封將表格寄回。
4. **網路**：您可進入會員門戶網站完成您的評估。

如果您想當面或透過電話填寫本表格，請致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡並要求填寫「健康風險評估」。電話號碼是 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，每天上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY/TDD 使用者請致電 1-800-718-4347。致電時請備妥 IEHP DualChoice 會員卡號碼。

### 您的健康

1. 您在說話和閱讀時慣用什麼語言？

	說話	閱讀
英文	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
西班牙文	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
美國手語 (American Sign Language, ASL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他	_____	_____

2. 您在視力、聽力或說話方面是否有任何問題？(請勾選所有適用選項)

- 視力
- 聽力
- 說話
- 無

3. 整體而言，您會如何評價自己的健康狀況？

- 極佳
- 非常好
- 很好
- 普通
- 不佳

4. 您在過去 12 個月內是否曾罹患下列任何病症或者曾接受下列任何病症的治療？

(請勾選所有適用選項)

- |   |                               |                                      |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 關節炎            | <input type="checkbox"/> 飲食障礙 | <input type="checkbox"/> 肝病          |
| <input type="checkbox"/> 氣喘             | <i>例如：厭食症、暴食症</i>             | <input type="checkbox"/> 記憶問題        |
| <input type="checkbox"/> 憂鬱症／焦慮症        | <input type="checkbox"/> 心臟問題 | <i>例如：失智症、老年癡呆症</i>                  |
| <input type="checkbox"/> 癌症             | <i>例如：充血性心臟衰竭、</i>            | <input type="checkbox"/> 器官移植        |
| <input type="checkbox"/> COPD (慢性阻塞性肺病) | <i>冠狀動脈疾病、心律失常</i>            | <input type="checkbox"/> 懷孕          |
| <input type="checkbox"/> 發育障礙           | <input type="checkbox"/> 高血壓  | <input type="checkbox"/> 癲癇          |
| <i>例如：自閉症、</i>                          | <input type="checkbox"/> 傳染病  | <input type="checkbox"/> 鎌狀細胞貧血      |
| <i>腦性麻痺、唐氏症</i>                         | <i>例如：肝炎、人類免疫缺</i>            | <input type="checkbox"/> 中風          |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病            | <i>乏病毒(HIV)／後天免疫缺</i>         | <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明)： |
|   | <i>乏症候群(AIDS)</i>             | _____                                |
|   | <input type="checkbox"/> 腎臟病  | <input type="checkbox"/> 無           |
|   | <i>例如：透析、末期腎臟病</i>            |                                      |

5. 您目前有服用幾種不同的藥物？

- 0
- 1-5
- 6-10
- 11 種以上

6. A. 在過去四週期間，疼痛對您日常活動的干擾有多大？

- 完全沒有干擾
- 有一點干擾
- 中等程度的干擾
- 相當程度的干擾
- 極度干擾

B. 您目前是否正在接受疼痛治療？

- 是
- 否

7. A. 您目前是否有在使用下列任何用品或器材？(請勾選所有適用選項)

手杖／拐杖

糖尿病用品

呼吸器

助行器

失禁用品

氧氣

輪椅

造口術用品

血壓監測器

義肢

噴霧器

眼鏡 / 隱形眼鏡

便攜式馬桶

抽吸用品

助聽器

病床／霍耶電梯

傷口照護用品

其他 (請具體說明)

管飼用品

持續性陽壓呼吸器

\_\_\_\_\_

(C-Pap) 或雙向正壓呼吸器

無

器 (Bi-Pap)

B. 您目前是否需要協助取得任何用品或器材？

是

否

8. 在過去一年內，您是否曾接受基本保健醫生看診？

是

否

9. 在過去 3 個月內，您曾前往急診室就診幾次？

無

1 次

2 次

3 次以上

10. A. 您目前是否有在抽煙或使用煙草 (包括香煙、咀嚼煙草、抽煙斗、雪茄煙或電子煙) ?

是

否 (請跳到問題 11)

以前曾抽煙 (請跳到問題 11)

B. 若使用 1-10 的評分表, 您對戒煙或戒除使用煙草有多大興趣? (1 代表沒有興趣, 10 代表極度有興趣)

沒有興趣 還算有興趣 極度有興趣

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. 您有多久一次飲用五個單位或超過五個單位的酒精飲料?

從未

每個月一次

每週一次

每天一次 (或幾乎每天)

12. 您目前是否有使用任何藥物或是否沒有按照處方服用處方藥?

是

否 (如果您在問題 11 回答「從未」, 請跳到問題 14)

13. 請回答下列問題：

- |                                    | 是                        | 否                        |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 您是否曾想過您應減少自己的飲酒量或其他藥物的使用量？      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 在人們對您飲酒或使用其他藥物之事做出評論時，您是否曾感到厭煩？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 您是否曾對自己飲酒或使用其他藥物之事感到懊惱或有罪惡感？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 您是否曾利用酒精飲料或其他藥物來舒緩戒斷症狀或緩解宿醉？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 您的支援

14. A. 您是否需要協助完成下列任何活動？(請針對每項個別活動回答「是 / 否」)

	是	否
a. 沐浴或淋浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 爬樓梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 進食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 刷牙、梳頭、刮鬍子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 準備餐點或煮飯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 下床或從椅子起身	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 購物和取得食物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 如廁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 行走	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 洗碗或洗衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 寫支票或跟蹤錢財流向	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 搭車去看醫生或探望朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 做家事或園藝工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. 外出探訪家人或朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. 使用電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. 記錄預約的日期和時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. 如回答「是」，您目前是否有獲得您完成這些活動所需的協助？

是

否

15. A. 您的生活環境是否安全且您在家中是否能夠輕易地四處走動？

是 (請跳到問題 16)

否

B. 如回答「否」，您居住的地方是否有：(請針對每個個別項目回答「是 / 否」)

	是	否
a. 良好照明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 良好暖氣設備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 良好冷氣設備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 任何樓梯或坡道的扶手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 熱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 室內廁所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 通往戶外且可以上鎖的門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 進入家中的樓梯或位於家中內部的樓梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 電梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 可以使用輪椅的空間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 可以離開您住家且沒有堆放雜物的走道	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. 我想詢問您有關您認為自己控制健康病症的情況。

	是	否
a. 您是否需要協助服用藥物？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 您是否需要協助填寫健康表格？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 您在醫生看診期間是否需要協助回答問題？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



17. 是否有家人或其他人願意並且能夠在您有需要時為您提供協助？

是

否 (請跳到問題 19)

18. 您是否會認為您的照顧者難以為您提供您所需的協助？

是

否

19. A. 您是否對任何人感到害怕，或者是否有任何人正在傷害您？

是

否

B. 是否有任何人在未經您同意的情況下使用您的錢？

是

否

20. 您在思考、記憶或做決定的能力方面是否曾發生任何變化？

是

否

21. A. 您在過去一個月內是否曾經跌倒？

是

否

B. 您是否害怕跌倒？

是

否

22. 您是否有時候會沒有錢付食物、房租、帳單和藥物費用？

是

否

23. 在過去一個月 (30 天) 內，您有多少天的時間感到孤單？(請勾選一項)

沒有 - 我從未感到孤單

少於 5 天

超過一半以上的天數 (超過 15 天)

大多數日子 – 我總是感到孤單

24. 在過去一個月 (30 天) 內, 您有多常感到緊張、焦慮或憂鬱?

幾乎每天

有時候

很少

從未

25. A. 您目前是否有在社區內獲得下列任何資源？(請勾選所有適用選項)

- |                                      |                                 |                                      |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糧食補助        | <input type="checkbox"/> 健康教育   | <input type="checkbox"/> 心理健康服務 /    |
| <input type="checkbox"/> 住房 / 無家可歸   | <input type="checkbox"/> 能源補助方案 | 物質濫用服務                               |
| <input type="checkbox"/> 人士協助        | <input type="checkbox"/> 老年人服務  | <input type="checkbox"/> 退伍軍人服務      |
| <input type="checkbox"/> 交通運輸服務      | <input type="checkbox"/> 殘障人士服務 | <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明)  |
| <input type="checkbox"/> 照顧者服務       | <input type="checkbox"/> 牙科服務   | _____                                |
| <input type="checkbox"/> IEHP 社區資源中心 | <input type="checkbox"/> 視力服務   | <input type="checkbox"/> 無           |
|                                      | <input type="checkbox"/> 支援團體   | <input type="checkbox"/> 我不知道 / 我不瞭解 |

例如：12 步驟戒癮方案、  
癌症支援團體等。

B. 您是否有興趣獲得與社區資源有關的資訊？

- 是
- 否

26. 針對此處所涵蓋的所有問題，您認為您目前主要的顧慮是什麼？

(請簡短列出，最多三項)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

27. A. 如果您生病了或無法照顧自己，或者您的居家支援服務 (In-Home Supportive Services, IHSS) 提供者無法為您提供服務，您是否有家人、朋友或緊急替代照顧者可以在家為您提供協助？

是

否

姓名：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

與您的關係：\_\_\_\_\_

B. IEHP 工作人員是否能夠與上列人士 (照顧者) 討論您的健康照護需求或照護計畫？

是

否

28. 您是否有生前遺囑或預立醫療指示？

是

否

我不知道

感謝您填寫本評估！請使用隨附郵資已付且印有地址的回郵信封將本評估寄回至：

**INLAND EMPIRE HEALTH PLAN**  
**ATTENTION: HEALTH RISK ASSESSMENT TEAM**  
**10801 6<sup>th</sup> Street,**  
**Rancho Cucamonga, CA 91730**