



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

OneCare 計劃

健康風險評估

OneCare (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal 計畫, 希望為您提供良好的醫療保健, 以滿足您的健康需求。您對這些調查問題的回答將幫助我們更好地為您服務。我們將對您的信息保密, 並可能與您的家庭醫生 (PCP) 以及治療您或幫助您護理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 團隊成員會通過電話、視頻通話或親自詢問您這些問題。如需幫助填寫此調查, 請致電 OneCare 客戶服務免費電話 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。我們有會講您語言的工作人員。如果您需要幫助完成調查, 請撥打此號碼。

如果您不需要本調查的幫助, 請填寫並儘快使用隨附的郵資已付信封郵寄給我們。

姓氏:	名字:	醫療網:
CalOptima ID # (CIN):	電話 (家):	電話 (手機):
地址:	電郵:	
身高:	體重:	今天日期:
出生日期:	性別:	

指示說明:

- 請閱讀每個問題並在方框中標記您的答案: ☒
- 某些問題需要您在橫線上填寫答案。請將您的答案寫在問題旁的橫線上。

謝謝您!

1. 是否有人幫助您填寫這份調查問卷？

- ☐ 是的，我的看護 ☐ 是的，我的法定監護人 ☐ 是的，家人或朋友
☐ 不是，我自己完成了調查
☐ 其他 (請解釋): _____

a. 如果是，您為何需要幫助？

- ☐ 看不清楚 ☐ 閱讀不清楚 ☐ 不能理解某些問題
☐ 其他 (請解釋): _____

2. 您更想說哪種語言？

- ☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 越南語 ☐ 阿拉伯語 ☐ 韓語
☐ 波斯語 ☐ 粵語 ☐ 國語 ☐ 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 ☐ 差

4. 您最後一次去看家庭醫生 (PCP) 或醫生是什麼時候？

- ☐ 少於 6 個月 ☐ 6 至 12 個月前 ☐ 1 年前 ☐ 從來沒有

5. 您有哪些持續的健康狀況？（在您有的狀況旁邊的框中標記 X。）

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 阿爾茨海默病或癡呆症 | ☐ 丙型肝炎 |
| ☐ 中風 | ☐ 高血壓 |
| ☐ 帕金森病 | ☐ 艾滋病毒或艾滋病 |

☐ 焦慮

☐ 腎臟疾病

☐ 躁鬱症

正在接受透析？ ☐ 是 ☐ 否

☐ 抑鬱症

☐ 肝臟問題

☐ 精神分裂症

☐ 多發性硬化症

☐ 糖尿病

☐ 癌症：正在接受的治療

☐ 癲癇或癲癇症

☐ 移植

☐ 心力衰竭

☐ 其他 _____

6. 您的思維、記憶或做決策時是否有任何變化？

☐ 是 ☐ 否

7. “我想請問，您認為自己是如何管理自己的健康狀況的”

a. 您是否需要幫助服用藥物？ ☐ 是 ☐ 否

b. 您是否需要幫助填寫健康表格？ ☐ 是 ☐ 否

c. 在看醫生的時候，您是否需要幫助回答問題？ ☐ 是 ☐ 否

8. 在過去的 6 個月裡，您去了多少次醫院急診室？

☐ 沒有 ☐ 1 次 ☐ 2 次或以上

9. 在過去的 12 個月裡，您有多少次在醫院過夜？

☐ 沒有 ☐ 1 次 ☐ 2 次或以上

10. 您的主要健康問題是什麼？ _____

生活安排及日常活動

11. 您目前的居住安排是怎樣的？

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ 獨自生活 | ☐ 無家可歸 |
| ☐ 與家人、朋友或伴侶住在一起 | ☐ 旅館 |
| ☐ 與付費看護住在一起 | ☐ 其他(請列出): |
| <hr/> | |
| ☐ 寄宿和護理設施 | |

12. 想想你住的地方。您是否有以下任何問題？

- ☐ 害蟲，例如蟲子、螞蟻或老鼠
- ☐ 發霉
- ☐ 含鉛油漆或管道
- ☐ 沒有暖氣
- ☐ 烤箱或爐頭壞了
- ☐ 沒有煙霧探測器或已壞了
- ☐ 漏水
- ☐ 以上都沒有

13. 您是否能在家中安全生活并且行動方便？ ☐ 是 ☐ 否

如果不能，您居住的地方是否有：

- | | | |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| a. 良好的照明 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| b. 良好的暖氣 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| c. 良好的冷氣 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| d. 任何樓梯或坡道的欄杆 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| e. 熱水 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| f. 室內廁所 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| g. 通往外面的門，是可以上鎖 | ☐ 是 | ☐ 否 |

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| h. 可讓您進入您家的樓梯或家裏有樓梯 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| i. 電梯 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| j. 使用輪椅的空間 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| k. 暢通無阻的出門通道 | ☐ 是 | ☐ 否 |

14. 您在上個月是否跌倒過? ☐ 是 ☐ 否

a. 你是否害怕跌倒? ☐ 是 ☐ 否

15. 在以下行動中您是否需要幫助?

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. 洗澡或淋浴 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| b. 上樓梯 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| c. 進食 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| d. 穿衣服 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| e. 刷牙、梳頭、剃須 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| f. 做飯 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| g. 離開床或椅子 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| h. 購物或去領取食物 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| i. 使用廁所 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| j. 行走 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| k. 洗碗或洗衣服 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| l. 寫支票或做金錢記錄 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| m. 搭車去看醫生或去見你的朋友 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| n. 做家務或庭院工作 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| o. 外出探望家人或朋友 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| p. 使用電話 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| q. 記錄追蹤預約 | ☐ 是 | ☐ 否 |

如果是, 您是否得到需要的幫助來進行這些行動? ☐ 是 ☐ 否

16. 當您需要時，您的家人或其他人是否願意並且能夠為您提供幫助？

☐ 是 ☐ 否

如果是，請提供照顧者的姓名和關係_____

17. 您是否認為您的看護人很難為您提供所需的所有幫助？

☐ 是 ☐ 否

a. 如果是，您認為您的看護人需要什麼樣的支援？

心理健康

18. 在過去的兩兩週內，您是否對做事沒有什麼興趣或覺得沒有樂趣？

☐ 完全沒有 ☐ 幾天 ☐ 超過一半的天數 ☐ 幾乎每天

19. 在過去兩週內，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

20. 過去一個月（30 天），您有多少天感到孤獨？

☐ 沒有 — 我從來不覺得孤獨 ☐ 少過 5 天

☐ 超過一半的天數(超過 15 天) ☐ 大部分的日子-我總覺得孤獨

21. 你害怕任何人或者有人傷害你嗎？ ☐ 是 ☐ 否

a. 是否有人在未經您同意的情況下使用您的金錢？ ☐ 是 ☐ 否

獲得的服務

22. 您是否有時會沒有錢來支付食物、房租、賬單和藥品的費用？

☐ 是 ☐ 否

a. 如果是，請解釋：_____

23. 在過去的 12 個月裡，你買的食物根本不夠，而且你也沒有錢去買更多。

☐ 經常 ☐ 有時 ☐ 從來沒有

24. 在過去 12 個月中，您是否由於缺乏可靠的交通工具，讓您無法去看診、參加會議、去工作或獲取日常生活所需的物品？

☐ 是 ☐ 否

25. 您目前是否可以使用任何 Medi-Cal 服務？

☐ 交通接送援助 ☐ 水電費輔助(CARE/FERA)

☐ 縣提供的酒精或藥物門診服務 ☐ 居家支援服務(IHSS)

☐ 縣提供的心理健康服務 ☐ 橙縣區域中心(RCOC)

☐ 食品援助計劃(Meals on Wheels, CalFresh, food banks) ☐ 住房服務

☐ 牙科 ☐ 其他社區資源: _____

26. 您是否有興趣獲取有關上述資源的任何信息？ ☐ 是 ☐ 否

過去的社交情況

27. 您是否有吸煙、吸電子煙或使用煙草？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，你是否想要幫助戒菸？ ☐ 是 ☐ 否

28. 您多久喝一次含有酒精的飲料？

☐ 從來沒有 ☐ 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

29. 當您飲酒時，您通常一天會喝多少杯飲料（含酒精）？

☐ 1–2 ☐ 3–4 ☐ 5 或以上

您想與別人討論可用於減少或戒酒的資源嗎？

☐ 是 ☐ 否

醫療保健計劃

30. 是否有人為您做出醫療保健和其他選擇嗎？

☐ 不是，我可以做出自己的選擇

☐ 是的，我有朋友或家人

姓名和關係

☐ 是的，我有法定監護人

姓名和關係

31. 您是否有醫療保健預先指示？（這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

如果是，哪一種？

☐ 生前遺囑

☐ 醫療保健永久授權書

☐ 醫療保健委托書

☐ 維持生命治療的醫生指令(POLST)

如果不是，您是否願意與別人討論如何取得醫療預先指示？

☐ 是 ☐ 否

32. 您的健康目標是什麼？

感謝您回答這些問題。 您的回答將幫助我們更好地為您提供服務。

OneCare (HMO D-SNP) 是一個 Medicare Medi-Cal 計劃，是與 Medicare 簽有合約的 Medicare Advantage 組織。OneCare 的投保視乎合約的續簽情況而定。OneCare 遵循適用的聯邦民權法律，並且不會因為種族，膚色，原國籍，年齡，殘障或性別而歧視任何人。請聯繫 OneCare 客戶服務部門，免費電話是 **1-877-412-2734**，聽力或語言障礙專線（TTY） **711**，服務時間為每週7天，每天24小時。請瀏覽我們的網站 www.caloptima.org/OneCare。

內附:

- 禁止歧視聲明