



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?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 獨自生活 | <input type="checkbox"/> 無家可歸 |
| <input type="checkbox"/> 與家人、朋友或伴侶住在一起 | <input type="checkbox"/> 旅館 |
| <input type="checkbox"/> 與付費看護住在一起 | <input type="checkbox"/> 其他(請列出): |
-
- 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 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| b. 良好的暖氣 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| c. 良好的冷氣 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| d. 任何樓梯或坡道的欄杆 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| e. 熱水 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| f. 室內廁所 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| g. 通往外面的門，是可以在上鎖 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 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