

填寫此表格純屬自願。我們不會根據您的回答拒絕為您提供照護。我們將對您的回答實施保密。
此表格將幫助我們為您聯繫到正確的服務和支援。

*表示必填欄位

Health Net 會員姓名 (姓氏, 名字)

出生日期 (MMDDYYYY)

*Medi-Cal ID 號碼:

電子信箱:

慣用名及代詞:

1. 您如何評價您的健康狀況? 極好 很好 良好 還好 很差

2. 您的身高是多少 (請輸入以英尺/英寸為單位的回答)?

英尺 2 3 4 5 6 7 不明

英吋 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 不明

3. 您的體重是多少 (請輸入以磅為單位的回答)?

4. 您是否有醫師或醫療保健服務提供者? 是 否

5. 您在過去 6 個月內是否看過醫師或醫療保健服務提供者? 是 否

6. 在過去 6 個月內, 您住院過多少次?

無 一次 兩次 三次 四次 五次或更多次

7. 在過去 6 個月內, 您去過急診室多少次?

無 一次 兩次 三次 四次 五次或更多次

8. 您服用多少種由醫師或醫療保健提供者開立的藥物?

0 1-3 4-7 8-14 15 或更多

9. 在過去 12 個月內, 您是否接種過流感疫苗? 是 否

10. 您是否因任何慢性醫療狀況去看醫生? 是 否

如果是, 請勾選所有適用項: 氣喘/肺部問題 心臟問題 HIV 或愛滋病

糖尿病 腎臟疾病 癩癩 其他

11. 在未來 60 天內, 您是否需要去看醫生? 是 否

12. 您刷牙時牙齦是否會出血? 是 否

13. 在過去一個月內, 您是否出現過牙痛? 是 否

14. 您自上次因任何原因去看牙醫或去牙醫診所到現在有多久了?

少於 12 個月 超過 12 個月

15. 您是否願意與護士、社工、社區衛生工作者或推廣人員合作, 為您的醫療保健進行計畫?

是 否

16. 您前往醫療約診的交通是否成問題？ 是 否
17. 您在預約醫生時是否遇到困難？ 是 否
18. 您獲取處方藥是否有困難？ 是 否
19. 您是否正在使用醫療器材或用品，例如病床、輪椅、助行器、氧氣或造口袋？ 是 否
20. 您是否有某種疾病限制了您的活動或限制了您做事情？ 是 否
21. 在過去六(6)個月內，您是否需要過洗澡、穿衣或更換繃帶等個人照護方面的協助？ 是 否
22. 您是否懷孕？ 是 否
- 22a. 如果懷孕，您目前是否因懷孕而就醫？ 是 否
- 22b. 您是否計畫在未來 12 個月內懷孕？ 是 否
23. 您是否因焦慮、憂鬱、躁鬱症或精神分裂症等精神健康問題而定期去看醫生？ 是 否
24. 在過去一個月(30天)內，您有多少天曾感到孤獨？(勾選一項。)
- 無 - 我從未感到孤獨 少於 5 天 5 至 15 天
超過一半天數(超過 15 天) 大多數日子 - 我總是感到孤獨
25. 您住在哪裡？(勾選所有適用選項) 房子 公寓大樓 寄宿和照護機構
住院治療中心 協助生活 護理院 永久性支援住所
保護性住所 目前沒有住所 其他
26. 您是否擔心失去住所？ 是 否
27. 您和誰住在一起？ 獨居 與配偶或其他重要人士同住 與照護者同住
與孩子或其他親戚或朋友同住 與我的機構/計畫中的其他居民一起生活
28. 過去 3 個月內，您是否擔心過在您有錢購買更多食物之前食物就已經吃完了？
是 否
29. 過去 12 個月內，電力、煤氣、油或水務公司是否有威脅對您家停止提供服務？
是 否
30. Health Net 提供福利來支持涉及司法的個人/回歸社區的會員。在過去的一年中，您是否在監獄、看守所或少年管教所連續度過超過 2 晚？ 是 否
31. 回答以下問題將幫助我們以尊重的方式更好地支持您的健康和福祉。下列哪一項最能符合對您的描述？(每行勾選一項)
- A. 異性戀(異性戀) 女同性戀 男同性戀 雙性戀 其他 不確定/有疑問
- B. 男 女 變性(男) 變性(女) 性別酷兒 其他

如有任何疑問或想了解更多資訊，請撥打免費電話 1-800-675-6110 (TTY: 711) 與 Health Net 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com
Health Net Community Solutions, Inc. 為 Health Net, LLC. 和 Centene Corporation 的子公司。
Health Net 是 Health Net, LLC. 的註冊服務標章。版權所有。

2025 年 8 月 19 日修訂