

名字, 姓氏: \_\_\_\_\_ 會員識別號: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

您的偏好語言是什麼?  英語  西班牙語  中文  克裡奧爾語  烏爾都語  孟加拉語  
 其他 (請說明語言): \_\_\_\_\_

大體上看, 您覺得自己的健康狀況如何:  非常好  良好  尚可  較差

您是否定期看醫生?  是  否

您是否有下列任何一項?  糖尿病  心臟問題  心力衰竭  高血壓

呼吸問題 (哮喘或慢性阻塞性肺病)  癌症  持續疼痛  體重問題

記憶問題  聽力問題  視力問題  精神問題

藥物或酒精問題  其他醫療問題: \_\_\_\_\_

您是否吸煙或吸食煙草?  是  否

您在基本活動中是否需要幫助 (如穿衣、洗澡、進食、上/下椅子)?

能夠展開活動而無需協助  需要且能夠獲得協助  需要但無法獲得協助

您在家務、服藥、購物、財務管理或交通方面是否需要協助?

能夠展開活動而無需協助  需要且能夠獲得協助  需要但無法獲得協助

您在過去 6 個月是否曾跌倒?  是  否

您是否使用下列任何項目:  醫用手杖  輔助步行器  輪椅  醫院病床  氧氣  無

您目前是否接受公共援助 (食品券、送餐服務、ADAP、EPIC 等)?

是  否  不知道

您一天服用多少種不同的藥物?  無  1-3種  4-7種  8 種以上

在過去兩週時間裡, 您在做事時提不起興趣或感受不到樂趣的頻率如何?

一次都沒有  有幾天如此  過半的日子如此  幾乎每一天都如此

在過去兩週時間裡, 您情緒消沉、抑鬱或者無助的頻率如何?

一次都沒有  有幾天如此  過半的日子如此  幾乎每一天都如此

您今年是否接受了流感疫苗 (抗流感針) 注射?  是  否  過敏  不知道

僅限 50-74 歲的婦女回答: 您今年或去年是否接受過乳房 X 光檢查 (檢查乳腺癌)?

是  否  不知道

僅限 50-75 歲的人士回答: 您是否接受過下列結直腸癌檢查?

結腸鏡檢查 (過去 10 年裡)  乙狀結腸鏡檢查 (過去 5 年裡)  大便隱血試驗 (過去一年裡)

您是否有下列任何一項?

預先指示/生前遺囑 (記錄您在無法表達自己選擇時的醫學治療願望)

保健代理人 (在您無法做出保健決定時為您做出保健決定的人員)

無, 但與我討論過預先保健計劃

無, 且未和我討論過預先保健計劃