



健康問卷

第 1 部分：會員資訊

姓氏：_____ 名字：_____

出生日期（月/日/年）：_____

Alliance 會員 ID 編號：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：_____ ☐ 手機 ☐ 住宅

第 2 部分：健康問卷

請盡您所能回答以下問題。

1. 填寫本評估問卷者為？

- ☐ 計畫成員
☐ 社區組織
☐ 授權代表（Authorized Representative, AOR）
☐ 其他（請註明）：_____

1a. 若您是替計畫成員填寫本問卷，您與計畫成員的關係為何？

- | | |
|--|--|
| ☐ 照護者/協助者 | ☐ 口譯員 |
| ☐ 財產監管人/持久授權書代理人
（Durable Power of Attorney, DPOA） | ☐ 律師 |
| ☐ 家人 | ☐ 醫療服務提供者 |
| ☐ 朋友 | ☐ 社會服務提供者 |
| ☐ 監護人 | ☐ 其他（請註明）：_____ |

2. 您的偏好口語語言為何：

- | | |
|-------------------------------|--|
| ☐ 英語 | ☐ 越南語 |
| ☐ 西班牙語 | ☐ 波斯語 |
| ☐ 廣東話 | ☐ 他加祿語 |
| ☐ 普通語 | ☐ 其他（請註明）：_____ |

保密

3. 您的偏好書面語言為何：

☐ 英語

☐ 西班牙語

☐ 中文

☐ 越南語

☐ 波斯語

☐ 他加祿語

☐ 其他（請註明）：_____

4. 您在家中是否說英語以外的語言？

☐ 是

☐ 否

☐ 不適用

4a. 若前一題您回答是，請註明是何種語言：

5. 您的種族/族裔背景為何（可複選）？

☐ 美國印第安人或阿拉斯加原住民

☐ 黑人或非裔美國人

☐ 華裔

☐ 西班牙裔或拉丁裔

☐ 中東或北非裔

☐ 夏威夷原住民或其他太平洋島民

☐ 其他亞裔

☐ 越南語

☐ 白人

☐ 其他（請註明）：_____

6. 您的性取向為何？

☐ 雙性戀

☐ 女同性戀或男同性戀

☐ 異性戀（直男/直女）

☐ 不確定

☐ 選擇不回答

☐ 未列出的性傾向（請註明）：_____

7. 您的出生時指定性別為何？

☐ 女性

☐ 男性

☐ 不確定

☐ 選擇不回答

☐ 未列出的性別（請註明）：_____

8. 您使用的代名詞為何？

- ☐ 他/他/他的
- ☐ 她/她/她的
- ☐ 他們/他們/他們的
- ☐ 選擇不回答
- ☐ 其他（請註明）：_____

9. 您的居住情況為何（可複選）：

- | | |
|---|---|
| ☐ 安老院 | ☐ 專業護理服務設施 |
| ☐ 寄宿和護理機構 | ☐ 與朋友/家人合住 |
| ☐ 團體房屋 | ☐ 臨時住所（例如：療養照護） |
| ☐ 流離失所 | ☐ 臨時住所－無遮蔽處（例如：帳篷） |
| ☐ 我今天有地方住，但擔心未來可能會失去居所 | ☐ 臨時住所－交通工具（例如：汽車、廂型車、露營車） |
| ☐ 我有穩定的居所 | ☐ 選擇不回答 |
| ☐ 自己的住宅 | ☐ 其他（請註明）：_____ |
| ☐ 租房 | |
| ☐ 收容所 | |

10. 想想您居住的地方。您是否在以下方面存在任何問題（可複選）：

- | | |
|--|--|
| ☐ 使用室內廁所 | ☐ 害蟲（例如：蟑螂、螞蟥、老鼠） |
| ☐ 保持涼爽/空調問題 | ☐ 淋浴間/浴缸缺乏合適的扶手 |
| ☐ 廚房電器故障（例如：冰箱、烤箱、爐灶、微波爐） | ☐ 坡道或樓梯缺乏欄杆 |
| ☐ 缺乏暖氣 | ☐ 缺少煙霧偵測器或故障 |
| ☐ 缺乏熱水 | ☐ 漏水 |
| ☐ 含鉛油漆或水管 | ☐ 以上皆非 |
| ☐ 黴菌 | ☐ 其他（請註明）：_____ |

10a. 若您遇到上述任何問題，是否需要協助處理？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 不適用

11. 總體而言，您會如何描述您的健康狀況？

- ☐ 很好
- ☐ 好
- ☐ 一般
- ☐ 差
- ☐ 選擇不回答

12. 您的主要醫療保健服務提供者（Primary Care Provider, PCP）是您進行健康檢查或有醫療問題時主要看診的醫生/服務提供者/護士。您有醫療問題時，會最先打電話給誰？

- ☐ 911
- ☐ 服務提供者/診所
- ☐ 無人可聯絡
- ☐ 選擇不回答

13. 您是否在尋找服務提供者/診所或專科醫生時遇到困難？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

13a. 若前一題您回答是，請說明原因：

14. 您目前是否懷孕？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 不確定
- ☐ 選擇不回答
- ☐ 不適用

14a. 如果您懷孕了，您目前是否正在因為這次懷孕而去看醫生/服務提供者/執業護士？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 不適用

15. 在過去 12 個月內，您是否曾在急診室（Emergency Room, ER）就醫達 2 次或 2 次以上？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

16. 在過去 12 個月內，您是否曾住院？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

17. 在過去 12 個月內，您是否曾入住專業護理服務設施（Skilled Nursing Facility, SNF）？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

18. 您是否因慢性病而定期看醫生/服務提供者/執業護士？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

18a. 若前一題您回答是，請勾選所有適用項：

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ 哮喘 | ☐ 糖尿病 | ☐ 輕度認知障礙 |
| ☐ 注意力不足/過動症
（Attention Deficit/
Hyperactivity Disorder,
ADHD） | ☐ 飲食障礙（例如：
厭食症、暴食症） | ☐ 帕金森氏症 |
| ☐ 躁鬱症 | ☐ 心臟問題 | ☐ 精神病 |
| ☐ 癌症 | ☐ 肝炎 | ☐ 癲癇症 |
| ☐ 慢性阻塞性肺病
（Chronic Obstructive
Pulmonary Disease,
COPD） | ☐ 高血壓 | ☐ 鐮刀狀細胞性貧血 |
| ☐ 囊性纖維化症 | ☐ 愛滋病毒（Human
Immunodeficiency
Virus, HIV）或愛滋
病（Acquired
Immunodeficiency
Syndrome, AIDS） | ☐ 藥物濫用障礙 |
| ☐ 失智症或阿茲海默症 | ☐ 腎臟疾病 | ☐ 思覺失調 |
| ☐ 憂鬱/焦慮 | ☐ 多發性硬化症
（Multiple Sclerosis,
MS） | ☐ 結核病 |
| ☐ 發展障礙（自閉症、
腦性麻痺、唐氏症） | | ☐ 其他（請註明）：
_____ |

保密

18b. 若前一題您回答**是**，您是否得到所有您需要的協助？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

19. 您在過去一年內是否曾做過性傳染病檢測？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

19a. 若前一題您回答**是**，您對您的檢測結果是否有任何疑慮？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

20. 您上一次檢查牙齒是什麼時候？

- ☐ 過去六（6）個月內
☐ 6-12 個月前
☐ 一（1）至兩（2）年前
☐ 超過兩（2）年前
☐ 從來沒有
☐ 選擇不回答

21. 您是否每天服用三（3）種或以上的處方藥？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

22. 請告訴我們您當前服用的藥物、維生素或補充劑的名稱（如有）：

藥物名稱	劑量（多少）	服藥的次數
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

23. 您是否需要協助取藥？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

24. 您在服藥方面是否需要協助？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

25. 在過去一個月內（30 天），您有多少天感到孤獨？

- ☐ 無—我從來不會感覺孤獨
- ☐ 少於五（5）天
- ☐ 超過半數的日子（超過 15 天）
- ☐ 大部分的日子—我總是感覺孤獨
- ☐ 選擇不回答

26. 過去兩（2）週內，您有多常對於做事幾乎沒有興趣或樂趣？

- ☐ 完全不會
- ☐ 幾天
- ☐ 超過半數的日子
- ☐ 幾乎每天
- ☐ 選擇不回答

27. 您在思考、記憶或做決策方面是否有任何變化？

- ☐ 是
- ☐ 有時
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

28. 在過去 12 個月內，您是否曾飲酒或使用藥物的量超過您的預期？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

29. 您是否曾覺得想要或需要減少飲酒或藥物使用？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

29a. 您是否覺得自己有吸菸問題？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

29b. 如果您有吸菸，您是否準備好要在下月戒菸？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 不適用

30. 您是否使用以下任何醫療設備或用品（可複選）？

- | | |
|---|--|
| ☐ 持續正壓呼吸器（Continuous Positive Airway Pressure, CPAP） | ☐ 輪椅 |
| ☐ 病床 | ☐ 助步車 |
| ☐ 造口袋 | ☐ 無 |
| ☐ 氧氣 | ☐ 選擇不回答 |
| ☐ 電動代步車 | ☐ 其他（請註明）：_____ |

31. 您是否需要目前尚未擁有的輔助裝置？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

31a. 若前一題您回答是，請說明原因：

32. 您在進行以下任何行動時是否需要幫助？

- | | | |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. 洗澡或淋浴 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| b. 上樓梯 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| c. 吃飯 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| d. 穿衣 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| e. 刷牙、梳頭、或刮鬍子 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| f. 做飯或烹飪 | ☐ 是 | ☐ 否 |

- g. 從床上或椅子上起身..... ☐ 是 ☐ 否
- h. 購物和取得食物..... ☐ 是 ☐ 否
- i. 如廁 ☐ 是 ☐ 否
- j. 散步 ☐ 是 ☐ 否
- k. 洗碗或洗衣服 ☐ 是 ☐ 否
- l. 開具支票或記錄您的錢款..... ☐ 是 ☐ 否
- m. 乘車去看醫生或您的朋友..... ☐ 是 ☐ 否
- n. 做家務或庭院的工作..... ☐ 是 ☐ 否
- o. 外出拜訪家人或朋友..... ☐ 是 ☐ 否
- p. 打電話 ☐ 是 ☐ 否
- q. 記住約診 ☐ 是 ☐ 否
- r. 若回答**是**，您在這些動作上是否得到所有您需要的協助？ ☐ 是 ☐ 否
- s. 如果您在上述任何動作上得到協助，您的協助者是誰？ ☐ 不適用

協助者姓名： _____

t. 您與協助者的關係為何？ _____

u. 我們是否可以聯絡您的協助者？ ☐ 是 ☐ 否

協助者電話號碼： _____

33. 您是否認為您的看護者難以為您提供所有您需要的幫助？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

34. 是否有家庭成員或朋友幫助您作出健康護理決定或制定照護計畫？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

34a. 若前一題您回答**是**，請提供姓名及與您的關係。

姓名： _____

關係： _____

35. 截至今日，您是否接受以下任何服務（可複選）：

- | | |
|---|--|
| ☐ 成人日間照護服務 | ☐ 藥物管理 |
| ☐ 個案管理（協助安排醫療服務） | ☐ 個人照護服務（協助進食、穿衣、洗澡等） |
| ☐ 家務服務（例如：庭院整理、維護） | ☐ 交通服務 |
| ☐ 社區共餐 | ☐ 以上皆非 |
| ☐ 送餐到府服務 | ☐ 選擇不回答 |
| ☐ 家務整理/清潔 | ☐ 其他（請註明）：_____ |
| ☐ 資訊與協助 | |
| ☐ 法律援助 | |

36. 您是否有家人或他人在您需要時願意且能夠幫助您？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

37. 在食物方面，您是否需要協助？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

38. 您是否需要交通協助？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

39. 您是否需要協助支付取暖費或水費？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

40. 您是否能在您的住宅內安全生活和自由走動？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

40. 若回答否，您居住的地方是否：

- | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. 照明良好 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| b. 供暖良好 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| c. 散熱良好 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| d. 任何樓梯或坡道都設有扶手或欄杆 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| e. 熱水 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| f. 室內廁所 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| g. 通往室外的可上鎖的門 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| h. 進入您的住宅要走樓梯或您的住宅內有樓梯 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| i. 電梯 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| j. 使用輪椅的空間 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| k. 離開您的住宅的無阻礙路線 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| l. 可正常運作的煙霧偵測器和滅火器？ | ☐ 是 | ☐ 否 |

41. 您在過去一個月內是否曾跌倒？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

42. 您是否害怕跌倒？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

43. 您是否需要幫助以填寫健康表格？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

44. 您在醫生看診時是否需要他人幫助回答問題？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 選擇不回答

45. 您是否害怕任何人或者是否有人正在傷害您？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

46. 是否有人在未獲得您同意的情況下使用您的金錢？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

47. 您是否為了支付食物、租金、帳單和醫藥費用，有時要花光所有的錢？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

48. 是否有您希望獲得更多資訊的任何額外資源或協助？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 選擇不回答

48a. 若前一題您回答**是**，請說明：

照護者問題

以下問題是關於您，照護者本人，與您提供照護給受照護者相關的內容。以下項目涉及照護者因提供照護而產生的感受與行為。答案沒有對錯之分。

1. 在過去四（4）週內，因為協助受照護者，您是否會說您：

a. 不確定計畫成員是否得到適當的照護？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

b. 不確定如何以最佳方式照護計畫成員？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

c. 您是否應該為計畫成員做得更多？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

d. 覺得您可以在照護計畫成員方面做得更好？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

2. 在過去四（4）週內，因為協助受照護者，您會說：

a. 計畫成員試圖操控您？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

b. 您與計畫成員的關係很緊張？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

c. 計畫成員提出的要求超出其所需？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

d. 您對計畫成員感到怨恨？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

e. 您對計畫成員感到生氣？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

3. 在過去四（4）週內，因為協助受照護者，您會說：

a. 您的身體健康狀況比以前差？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

b. 您更常感到沮喪、憂鬱或悲傷？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

c. 您比以前更容易緊張或被緊張所困擾？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

d. 您感覺比較沒有活力或精力？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

e. 您更容易感到身體痠痛？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

4. 在過去四（4）週內，因為協助受照護者，您是否會說您：

a. 參與教會或宗教活動？

- ☐ 次數變少
- ☐ 和以前一樣
- ☐ 次數變多

b. 與朋友或家人見面？

- ☐ 次數變少
- ☐ 和以前一樣
- ☐ 次數變多

c. 參與團體或組織活動？

- ☐ 次數變少
- ☐ 和以前一樣
- ☐ 次數變多

d. 參加志工活動？

- ☐ 次數變少
- ☐ 和以前一樣
- ☐ 次數變多

e. 外出用餐、看戲或看表演？

- ☐ 次數變少
- ☐ 和以前一樣
- ☐ 次數變多



醫療保健意見調查書到此結束。感謝您！

請將填寫完畢的問卷交回至：

收件人：個案與疾病管理（CMDM）
Alameda Alliance for Health
1240 S. Loop Road
Alameda, CA 94501

若您是 **Alliance Medi-Cal** 計畫成員且存有任何疑問，請致電：

Alliance 計畫成員服務處
服務時間為週一至週五，上午 8 時至下午 5 時
電話號碼：**1.510.747.4567**
免費電話：**1.877.932.4567**
如果您有聽力或言語障礙，請撥打聽障及語障專線（CRS/TTY）：
711/1.800.735.2929

若您是 **Alameda Alliance Wellness** 計畫成員且存有任何疑問，請致電：

Alameda Alliance Wellness 會員服務部
我們的服務時間為每週七（7）天（週一至週日），上午 8 時至晚上 8 時
免付費電話：**1.888.88A.DSNP（1.888.882.3767）**
如果您有聽力或語言障礙，請使用 TTY 專線或撥打 **1.800.735.2929**

保密