

初始健康評估 (IHA)

Tel: 1-877-843-2259



感謝您選擇 Balance。以下評估是為了讓您的醫務人員熟悉您的健康情況。這將說明您的醫生為您制定個人化的護理計劃。如果出現醫療情況，醫務人員可以快速制定康復途徑。如果您是 Balance 新會員，您可以在收到會員 ID 卡后填寫此表格。它會在註冊后 10 天內郵寄給您。您提交的副本不會在此伺服器上快取、儲存或保存。

If joining our One Medical program, be sure to (1) complete and submit this form and (2) visit this One Medical activation website. Copies of your submission WILL NOT be cached, stored, or saved on this server.			
名字			
會員編號 <small>僅適用於現有會員。</small>	你現在的身高是? <small>以英尺/英寸為單位的測量值</small>	您目前的體重是? <small>重量 (磅)</small>	出生日期 (月/日/年) <small>月/日/年</small>
一般來說，你會說你的健康情況是：			
<input type="checkbox"/> 窮 <input type="checkbox"/> 公平 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 非常好			
您上一次去看初級保健醫生是什麼時候？			
<input type="checkbox"/> 不到 6 個月前 <input type="checkbox"/> 6-12個月前 <input type="checkbox"/> 一年多前			
您在過去 12 個月內是否去過 3 次或更多次急診室 (ER) 就診？		您在過去 12 個月內是否住院 2 次或更多次？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不	
在過去的 4 周里，您是否一直感到沮喪、絕望或對做事沒有興趣？		您需要說明才能在家中或家外四處走動嗎？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不	
您是否使用拐杖、輪椅或助行器？		您在過去 12 個月內跌倒過 2 次或更多次嗎？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不	
您目前是否每天都喝葡萄酒、啤酒或其他酒精飲料？		您目前或過去 6 個月內是否吸煙、使用煙草或任何尼古丁產品？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不	
您目前或過去有哪些健康情況？			
<input type="checkbox"/> 過敏症 <input type="checkbox"/> 腸道和胃腸道疾病 <input type="checkbox"/> 感冒和流感 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 唐氏綜合症、自閉症和發育遲緩 <input type="checkbox"/> 疲勞和睡眠 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 傳染病 <input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> 多發性硬化症 (MS) <input type="checkbox"/> 皮膚、指甲和皮疹 <input type="checkbox"/> 沒有		<input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> COPD (慢性阻塞性肺疾病) <input type="checkbox"/> 疾病和疾病預防 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 心臟健康與中風 <input type="checkbox"/> 愛滋病病毒 <input type="checkbox"/> 關節和脊柱疾病 <input type="checkbox"/> 肺部和呼吸系統疾病 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/> 甲狀腺 <input type="checkbox"/> 其他	
您是否曾經接受過手術或任何醫療程式？			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不			
請列出您之前的所有手術和/或醫療程式：			
Type of surgery or medical procedure			Date Performed

您目前正在服用任何藥物或補充劑嗎？

是 不

請列出您目前服用的所有藥物和/或補充劑：

Name of Medication	Dosage	Frequency
--------------------	--------	-----------

您是為自己還是您的健康保險計劃的受撫養人填寫此表格？

本人
 我的受撫養人

同意

我特此證明，據我所知，所提供的資訊是真實和準確的。

最佳電子郵件

您提交的電子郵件確認將發送到此電子郵件位址。

簽名