

건강 유지 평가

(Staying Healthy Assessment)

노령층 (Senior)

환자 이름 (이름 & 성)	생년월일	<input type="checkbox"/> 여자 <input type="checkbox"/> 남자	오늘 날짜
양식을 작성한 사람 (환자에게 도움이 필요한 경우)	<input type="checkbox"/> 가족 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 기타 구체적으로 작성하십시오:		양식 작성에 도움이 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

이 양식에 있는 모든 질문에 최대한 답변해 주십시오. 답을 모르거나 답변하기를 원하지 않는 경우에는 "통과"에 동그라미 하십시오. 이 양식에 있는 사항에 대해 질문이 있는 경우 반드시 의사에게 문의하십시오. 귀하의 답변은 귀하의 의료 기록의 일부로서 보호됩니다.

통역사가 필요하십니까?
 예 아니오

Clinic Use Only:

					Nutrition
1	귀하는 우유, 치즈, 요구르트, 두유 또는 두부와 같은 칼슘이 풍부한 식품을 매일 3 인분을 마시거나 먹습니까? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	Nutrition
2	귀하는 매일 과일과 채소를 먹습니까? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
3	귀하는 본인이 먹는 튀긴 음식 또는 패스트 푸드의 양을 제한하십니까? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
4	귀하는 쉽게 건강한 음식을 충분히 먹을 수 있습니까? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
5	귀하는 일주일 중 대부분의 날에 탄산음료, 주스음료, 스포츠 또는 에너지음료를 마십니까? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
6	귀하는 종종 너무 많이 먹거나 또는 음식을 거의 먹지 않습니까? <i>Often eats too much or too little food?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
7	귀하는 씹기 또는 삼키기에 어려움이 있습니까? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
8	귀하는 자신의 몸무게에 대해 걱정하십니까? <i>Concerned about weight?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
9	귀하는 운동 또는 걷기, 정원 가꾸기, 적어도 하루 반시간 동안 수영과 같은 활동을 하면서 시간을 보냅니까? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	Physical Activity
10	귀하는 거주하는 곳에서 안전하게 느낍니까? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	Safety
11	귀하는 종종 귀하의 약을 파악하는데 어려움이 있습니까? <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Safety

12	가족 또는 친구들이 귀하가 운전하는 것에 대해 걱정합니까? <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
13	귀하는 최근 자동차 사고를 당한 적이 있습니까? <i>Had any car accidents lately?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
14	귀하는 때때로 넘어지고 다칩니까, 또는 일어나는 것이 어렵습니까? <i>Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
15	귀하는 지난해 누군가에게 맞거나, 손으로 맞거나, 발로 맞거나 또는 육체적으로 해를 입은 적이 있습니까? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
16	귀하는 귀하의 집 또는 귀하가 거주하는 장소에 총을 보관하고 있습니까? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
17	귀하는 매일 이를 닦고 치실을 사용합니까? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	Dental Health
18	귀하는 종종 슬프거나 절망적이거나 화가 나거나 걱정을 합니까? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Mental Health
19	귀하는 종종 수면 문제가 있습니까? <i>Often has trouble sleeping?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Mental Health
20	귀하 또는 다른 사람들이 귀하가 기억하는데 문제가 있다고 생각합니까? <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Mental Health
21	귀하는 담배를 피우거나 씹는 담배를 사용합니까? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	친구 또는 가족이 귀하의 집 또는 귀하가 거주하는 곳에서 담배를 피웁니까? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
23	지난 한 해 동안, 하루에 4 잔 이상의 술을 마신 적이 있습니까? <i>Had 4 or more alcohol drinks in one day?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
24	귀하는 수면, 휴식, 안정, 기분 증진 또는 체중 감소를 도와주는 약 또는 약물을 사용합니까? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
25	귀하 또는 귀하의 파트너가 클라미디아, 임질, 생식기 흑 등과 같은 성병 (STI)에 걸렸을 수 있다고 생각하십니까? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Sexual Issues
26	귀하 또는 귀하의 파트너(들)은 지난해 다른 사람들과 성관계를 가진 적이 있습니까? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Sexual Issues

27	귀하 또는 귀하의 파트너(들)은 지난해 콘돔 없이 성관계를 가진 적이 있습니까? <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Independent Living
28	귀하는 성관계를 하도록 강요당하거나 압력을 받은 적이 있습니까? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
29	귀하는 귀하의 건강 및 의료에 대한 결정을 내리는 것을 도와주는 사람이 있습니까? <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
30	귀하는 목욕, 식사, 걸기, 옷 입기 또는 화장실 사용에 도움이 필요합니까? <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
31	귀하는 응급 시에 귀하에게 도움이 필요할 때 연락할 사람이 있습니까? <i>Has someone to call when she/he needs help in an emergency?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
32	귀하는 자신의 건강에 대해 다른 질문 또는 걱정이 있습니까? <i>Any other questions or concerns about your health?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Other Questions

예라고 답한 경우 자세히 작성하십시오.

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Independent Living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: