뉴욕주 보건부

Health Home 기능 관련 설문지

- 본 양식은 FACT-GP(버전 4) 양식으로 시행되도록 작성되었습니다.
- 각 항목에 지난 7 일간에 해당하는 하나의 응답을 찾아 동그라미 또는 표시해 주십시오.

Health Home 이름 _____

Medicaid 클라이언트 식별 번호(CIN) _____

시행 날짜 _____/_____/_____
MM / DD / YY

평가 유형(하나만 선택(✓))

	질문	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	어느 정도 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
HH1	나는 혼자 옷을 입을 때 도움이 필요하다	0	1	2	3	4
HH2	나는 식사할 때 도움이 필요하다……...	0	1	2	3	4
HH3	나는 통역 서비스가 필요하다…..	0	1	2	3	4
HH4	나는 필요할 때 나를 도와줄 사람이 있다……	0	1	2	3	4
HH5	나는 주치의/진료소에 가서 나의 행동적/의학적 건강상의 필요사항을 이야기한다……	0	1	2	3	4

	질문	예	아니요
HH6	나는 노숙자다……	☐	☐

☐ 처음 ☐ 연례 ☐ 면제

2012 년 3 월 5 일

관리 담당자 이름(정자체) 자필 서명 날짜

2012 년 3 월 5 일