紐約州衛生部

Health Home 功能調查問卷

- 此表格設計為與 FACT-GP（第 4 版）表格結合使用。
- 請依每行圈選或核選一個回答，您選取的回答須符合您過去 7 天的情況。

Health Home 計劃的名稱 _____

Medicaid 客戶身份號碼 (CIN) _____

填寫日期 _____/_____/_____

月 / 日 / 年

	問題	完全沒有	略有一點	有一些	比較多	非常多
HH1	我穿衣服時需要協助	0	1	2	3	4
HH2	我吃飯時需要協助……....	0	1	2	3	4
HH3	我需要翻譯服務……....	0	1	2	3	4
HH4	我需要隨時有人協助我……	0	1	2	3	4
HH5	我去看醫生/去診所，以解決我的行為/醫療健康需求……	0	1	2	3	4

	問題	是	否
HH6	我無家可歸……	☐	☐

評估類型（核選 (✓) 一項）

☐ 初次 ☐ 每年 ☐ 免除

照護經理姓名（正楷體）　　原始簽名　　日期