

이름: _____
생년월일: _____

선호하는 이름: _____ (선택 사항) 성별 지칭 대명사: _____

오늘 상담하고 싶은 내용: _____

어떤 의약품의 리필이 필요합니까? _____

일반 건강

대체적으로 나의 건강 상태는: 최상입니다 매우 좋습니다 좋습니다 보통입니다 좋지 않습니다

대체로 건강한 음식으로 식사합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
차에 탈 때 항상 좌석벨트를 착용합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
최근 12개월간 치과 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

최근 7일 중 며칠 운동했습니까? _____ 일 운동 유형: _____

운동한 날에 얼마나 운동했습니까? 하루에 _____ 분

흡연 여부

아니요 예 최근 30일간 흡연하셨습니까?
 '예'라고 답하신 경우, 다음 달에 금연할 생각이 있습니까? 예 아니요
 _____ 일일 흡연 개피 _____ 흡연 연수

아니요 예 현재는 금연했지만 예전에 흡연한 적이 있습니까?
 _____ 일일 흡연 개피 _____ 흡연 연수

넘어짐

- 지난 1년간 넘어진 적이 있습니까? 아니요 예
- 안전하게 이동하기 위해 지팡이나 보행기를 사용합니까? 또는 사용하라는 조언을 받은 적이 있습니까? 아니요 예
- 걸을 때 불안정하다고 느끼십니까? 아니요 예
- 집에서 걸을 때 가구를 잡아 균형을 잡습니까? 아니요 예
- 넘어질까봐 걱정되십니까? 아니요 예
- 의자에서 일어날 때 손으로 지탱해야 합니까? 아니요 예
- 연석에 올라설 때 어려움을 겪습니까? 아니요 예
- 급히 화장실에 가야 하는 일이 자주 있습니까? 아니요 예
- 발에 일부 감각이 없습니까? 아니요 예
- 현기증을 일으키거나 평소보다 피로감을 느끼게 하는 의약품을 복용하고 있습니까? 아니요 예
- 잠을 자거나 기분이 나아지게 하기 위한 의약품을 복용하고 있습니까? 아니요 예
- 슬프거나 우울한 감정을 자주 느끼십니까? 아니요 예
- 집에 바닥이 고정되지 않는 러그가 깔려 있습니까? 아니요 예
- 욕실에 손잡이가 없습니까? 아니요 예
- 집에 난간이 없는 계단이 있습니까? 계단 없음 아니요 예
- 욕실에서 침실까지 조명이 어둡습니까? 아니요 예

환자 이름 및 ID 번호

VIRGINIA MASON 의료 센터 - 워싱턴주 시애틀
65 세 이상 또는 Medicare 가입자 건강 검진



이름: _____

생년월일: _____

활동, 안전 및 청각 - 다음 중 도움이 필요한 항목이 있습니까?

전화	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	의약품 관리	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예
교통	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	금전 관리	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예
장보기	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	옷 입기	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예
식사 준비	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	목욕	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예
집안일	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	자세 바꾸기	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예
세탁	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예	듣는 데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예

기분

우울증 병력이 있거나 현재 우울증 치료를 받고 있습니까? 아니요 예

최근 2주 사이에 다음의 문제를 얼마나 자주 겪었습니까?	전혀 없음	가끔	7일 이상	거의 매일
1. 무언가를 하는 데 관심이 없거나 즐겁지 않음	0	1	2	3
2. 기분이 처지거나 우울하거나 무기력함을 느낌	0	1	2	3
3. 초조하거나 불안하거나 신경이 곤두서는 것을 느낌	0	1	2	3
4. 걱정하는 것을 멈추거나 통제할 수 없음	0	1	2	3

스트레스/분노로 인해 얼마나 자주 문제를 겪습니까? 전혀 없음/드물게 있음 가끔 종종 항상

다음 질문은 삶의 여러 측면에 대한 본인의 생각에 관한 것입니다. 각 질문에 얼마나 자주 그렇게 느끼는지 알려주세요.	거의 없음	가끔	종종
얼마나 자주 사교적인 관계가 부족하다고 느끼십니까?	1	2	3
얼마나 자주 혼자 남겨졌다고 느끼십니까?	1	2	3
얼마나 자주 다른 사람들과 고립되었다고 느끼십니까?	1	2	3

사전 지시서

1. 자신의 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 대신 의견을 전달할 사람을 지정했습니까(의료 위임)? 예 아니요

a. '예'라고 답한 경우,

누구를 지정했습니까?	이름	관계	전화번호
주 대리인	_____	_____	_____
부 대리인	_____	_____	_____

b. 당사자 또는 다른 사람들에게 이야기했습니까? 예 아니요

2. 다음의 사전의료계획에 관한 법률 문서를 작성한 적이 있습니까?

- 아니요 예 의료 위임장
- 아니요 예 사전의료의향서 / 의료지침서
- 아니요 예 연명의료에 관한 의사 지시서(POLSTS)

현재 병원 및 의료 장비 제공업체 목록(주로 진료받는 병원 제외):

양식을 작성해 주셔서 감사합니다. 진료실에 들어갈 때까지 보관해 주십시오. 의사가 내용을 검토하고 오늘 방문에서 환자분께 가장 중요한 부분에 대해 논의합니다. **MyVM**에 등록하셨다면 **MyVM**에 병원 방문 기록이 검토용으로 제공됩니다. 등록하지 않으신 경우, 알려주시면 인쇄본으로 제공해 드립니다.

환자 이름 및 ID 번호

VIRGINIA MASON 의료 센터 - 워싱턴주 시애틀
65 세 이상 또는 Medicare 가입자 건강 검진