

孩子的 ALLIANCE 號碼： _____ 填寫表格日期： _____
MCO 名稱： _____ 保險公司經辦人員姓名： _____

10-17/ 18-19/ 20-21/ 22-25/ 26-40/

1-6/
BATCH 7-9/

DC HealthCare Alliance 孩童醫療需求問卷表

請為家中每位孩童各填寫一份問卷表。

請代表孩童 (右邊為其姓名和 Alliance 號碼) 填寫本問卷表：	
-------------------------------------	--

家長資料：	請在下面填寫更正 / 更新的資料	孩童資料：	請在下面填寫更新 / 更正的資料
姓名 (先名後姓)：		姓名 (先名後姓)	
出生日期		住家地址 (按街道、公寓號碼、城市、州、郵遞區號的順序填寫)	
住家地址 (按街道、公寓號碼、城市、州、郵遞區號的順序填寫)		出生日期	
		ALLIANCE 號碼	

您參加的管理式醫療機構 (MCO) 會透過下列問題，來改善為您孩子所提供的服務。請為家中每位孩童各填寫一份問卷表。在本問卷中，孩童/孩子是指 **21 歲以下者**。您的回答將協助 MCO 提供您孩子所需的醫療照護。

Q1. 這位孩童是否有任何健康方面的問題或正在接受治療，而應讓您的醫療保險計劃知道的？

- 是
 否 → 請跳至 Q2

1a. [如果回答是] 請說明 (任何健康問題或醫療診治)： _____

Q2. 這位孩童是否懷孕？

- 是
 否 → 請跳至 Q2

Q2a. [如果回答是] 產檢醫師的姓名？ _____

Q2b. 預產期是什麼時候 (如果已知) _____ / _____ / _____ (月 / 日 / 年)

Q3. 您的孩子目前是否需要或正在使用醫師處方藥物 (維他命除外)

- 是
 否 → 請跳至 Q4

3a. [如果回答是] 這些藥物的名稱為何？ [如果不確定藥名，請查看藥瓶]

請說明： _____

3b. 您的孩子是否因為已持續或預期將持續至少一年的疾病，而需要或正在服用藥物？

- 是
 否

針對下面的問題，請勾選最接近答案的方塊。請逐一回答問題，除非有指示要跳至其他問題。

	請依指示，每題勾選一個答案。		
	是	否	不知道
Q4. 您的孩子是否比同年齡的孩子需要或正在使用更多的醫療照護、心理健康或衛生教育等服務？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → 請跳至 Q 5	<input type="checkbox"/> ₈ → 請跳至 Q 5
4a.[如果回答是] 這是因為有 <u>任何</u> 身體疾病、行為問題或其他健康方面的問題嗎？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → 請跳至 Q 5	<input type="checkbox"/> ₈ → 請跳至 Q 5
4b.[如果回答是] 這個疾病或問題是否已持續或預期將持續至少一年？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Q5.您的孩子是否在能力上受到任何限制或障礙，而做不了其他同年齡孩子能做的事情？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → 請跳至 Q 6	<input type="checkbox"/> ₈ → 請跳至 Q 6
5a.[如果回答是] 這是因為有 <u>任何</u> 身體疾病、行為問題或其他健康方面的問題嗎？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → 請跳至 Q 6	<input type="checkbox"/> ₈ → 請跳至 Q 6
5b.[如果回答是] 這個疾病或問題是否已持續或預期將持續至少一年？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Q6.您的孩子是否需要或正在接受特殊治療，例如物理治療、職能治療或語言治療？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → 請跳至 Q 7	<input type="checkbox"/> ₈ → 請跳至 Q 7
6a.[如果回答是] 這是因為有 <u>任何</u> 身體疾病、行為問題或其他健康方面的問題嗎？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → 請跳至 Q 7	<input type="checkbox"/> ₈ → 請跳至 Q 7
6b.[如果回答是] 這個疾病或問題是否已持續或預期將持續至少一年？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Q7.您的孩子是否有任何情緒、發展或行為上的問題？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → 請跳至 Q 8	<input type="checkbox"/> ₈ → 請跳至 Q 8
Q7a.如果回答是] 針對這個問題，您的孩子是否需要或正在接受治療或諮詢？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → 請跳至 Q 8	<input type="checkbox"/> ₈ → 請跳至 Q 8
Q7b.[如果回答是] 這個問題是否已持續或預期將持續至少一年？	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Q8.這位孩童是否已安排要接受任何特殊治療或手術？例如：化學治療、外科手術、過敏注射或其他任何特殊治療。	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈

本問卷到此結束。請為家中每位孩童各填寫一份問卷表，再將填寫好的表格放入隨附的信封寄回即可。

Si no puede leer esta carta, por favor llame a Servicios para Miembros al 202 639-4030.
ይህ ፎርም ከእንግሊዝኛ ቋንቋ ሌላ እንዲላክልዎት ከፈለጉ ወይም ሌላ ጥያቄ ካልዎት እባክዎን በስልክ ቁጥር 202-639-4030 ይደውሉ።
如果您需要我們寄其他語言的表格給您，或有任何問題，請聯絡我們，電話是：202 639-4030。
영어 이외의 언어로 작성된 양식을 원하거나 기타 질문 사항이 있는 경우 다음 번호로 연락주십시오. 202 639-4030.
Nếu bạn muốn mẫu đơn này được gửi đến bạn bằng một ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào, xin hãy liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại: 202 639-4030.