

DC HealthCare Alliance

管理醫療照護計劃

個人健康評估表：為協助醫療保險計劃照顧您和您的家人，請就您和每位家庭成員的狀況回答下列問題。如表格不敷填寫，請寫在本表背面。

家長姓名：_____ 日期：_____

Alliance 號碼：_____ 社會安全卡號碼 (選填)：_____

1. 您或家人是否在下個月跟任何醫師約了診？如果是的話，請填寫下表：

家庭成員姓名	醫師姓名	約診日期

2. 您或家人是否服用由醫師開立處方的任何藥物？如果是的話，請填寫下表：

家庭成員姓名	藥名	服用完畢日期

3. 您或家人是否接受居家照護？如果是的話，請填寫下表：

家庭成員姓名	照護類型 (居家醫護服務機構等)

4. 您或家人是否懷孕？如果是的話，請填寫下表：

家庭成員姓名	醫師姓名	預產期

5. 您或家人上一次是在什麼時候看醫師？請填寫下表：

家庭成員姓名	醫師姓名	約診日期

6. 您或家人上一次是在什麼時候看牙醫？請填寫下表：

家庭成員姓名	牙醫姓名	約診日期

7. 您或家人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？如果是的話，請填寫下表：

家庭成員姓名	請說明健康問題治療

請將表格放入隨附的信封寄回，無須黏貼郵票。或致電服務專線：202-639-4030。
謝謝。