

개인 건강 평가 양식: 귀하의 건강보험이 귀하와 귀하 가족을 보살필 수 있도록 귀하와 귀하 가족에 대한 다음 질문에 답변해주세요. 기입할 란이 더 필요할 경우 본 양식의 뒷면에 작성해주세요.

호주 이름: _____ 날짜: _____

Alliance 번호: _____ 사회보장 # (선택사항): _____

1. 귀하 또는 가족은 다음 달 병원 예약이 있습니까? “예”일 경우 아래 양식을 작성해주세요.

가족 이름	의사 이름	예약 날짜

2. 귀하 또는 가족은 의사가 처방한 약물을 복용하고 있습니까? “예”일 경우 아래 양식을 작성해주세요.

가족 이름	약물 이름	약이 떨어지는 날짜

3. 귀하 또는 가족은 재택 치료를 받고 있습니까? “예”일 경우 아래 양식을 작성해주세요.

가족 이름	치료 종류(가정 보건 기관 등)

4. 귀하 또는 가족이 임신 중입니까? “예”일 경우 아래 양식을 작성해주세요.

가족 이름	의사 이름	출산 예정일

5. 귀하 또는 가족이 의사를 찾은 적이 언제입니까? 아래 양식을 작성해주세요.

가족 이름	의사 이름	예약 날짜

6. 귀하 또는 가족이 치과 의사를 찾은 적이 언제입니까? 아래 양식을 작성해주세요.

가족 이름	치과 의사 이름	예약 날짜

7. 귀하의 건강보험이 귀하 또는 가족에 대해 고지하고 있어야 할 건강 문제 또는 의학 치료가 있습니까? “예”일 경우 아래 양식을 작성해주세요.

가족 이름	치료 받을 건강 문제를 설명해주세요.

동봉된 봉투에 양식을 넣어 보내주세요 - 우표는 필요하지 않습니다. 또는 202-639-4030 의 Helpline 으로 전화하십시오.
감사합니다.