

孩子的 MEDICAID 號碼： _____

MCO 名稱： _____

填寫表格日期： □

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 Medicaid 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 Medicaid 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、公寓號碼、城市、州、郵遞區號的順序填寫）	
住家地址（按街、公寓號碼、城市、州、郵遞區號的順序填寫）		出生日期	
		MEDICAID 號碼	

您所參加的管理式醫療機構 (MCO) 會使用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。在本調查問卷中，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. 這個孩子是否有任何健康方面的問題或正在接受醫療，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）： _____

Q2. 這個孩子是否懷孕？

- 是
 否 → 請跳至 Q3

Q2a. [如果回答是] 產檢醫師的姓名？ _____

Q2b. 預產期是何時（如果知道的話）？ ____ / ____ / ____（月 / 日 / 年）

Q3. 您的孩子目前是否需要或正在服用由醫師開立處方的藥物（維他命除外）

- 是
 否 → 請跳至 Q4

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

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病症，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] 這是因為有任何身體疾病、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] 這個病症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] 這是因為有任何身體疾病、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] 這個病症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] 這是因為有任何身體疾病、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] 這個病症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商？	<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.這個孩子是否已排定要接受任何特殊的治療或手術？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

本份問卷到此結束。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。