



개인 건강 관리 일지

미국 노인 행정부



| MEDICARE | | HEALTH INSURANCE | |
|----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|
| 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) | | | |
| NAME OF BENEFICIARY JOHN DOE | | | |
| MEDICARE CLAIM NUMBER 000-00-0000-A | | SEX MALE | |
| ENROLLED TO HOSPITAL MEDICAL | | EFFECTIVE DATE (PART A) 07-01-1986 (PART B) 07-01-1986 | |
| SIGN HERE | | | |

당신의 건강 관리에 대한 적극적인 행동을 취하십시오!

- ㉠ 귀하의 개인 정보를 **보호**하십시오.
 - ㉠ 여러분의 메디케어, 메디케이드 및 소셜 시큐리티 번호를 신용카드 번호처럼 다루십시오.
 - ㉠ 기억하십시오. 메디케어에서는 여러분에게 뭔가를 판매하기 위해 전화 하거나 방문하지 않습니다!
 - ㉠ 메디케어 요약 통지서 및 파트 D 혜택 설명 등을 잘 보관 하십시오. 더 이상 필요하지 않은 서류는 폐기 처분하십시오.
- ㉠ 오류, 사기 및 남용을 **탐지**하십시오
 - ㉠ 항상 여러분의 메디케어 요약 통지(MSN) 및 파트 D 혜택 설명(EOB) 상의 실수가 없는 지 검토하십시오.
 - ㉠ 여러분의 메디케어 요약 통지(MSN) 및 파트 D 혜택 설명(EOB)을 여러분의 처방약 영수증 및 개인 의료 진료 일지 상의 기록과 비교하십시오.
 - ㉠ www.mymedicare.gov를 방문하여 여러분의 메디케어 온라인 계좌를 보고 다음 사항을 확인 하십시오. 받지 않은 물건에 대한 청구, 동일 사항에 대한 이중 청구 및 여러분의 의사가 요청하지 않은 서비스.
- ㉠ 실수나 질문 사항을 **보고**하십시오
 - ㉠ 여러분이 오류, 사기나 남용을 의심 하신다면, 즉시 신고 하십시오! 여러분 해당 제공자나 플랜에 먼저 전화 연락하십시오. 응답 내용에 만족하지 않는 경우, 여러분 지역 SMP에 연락하십시오.

- ☉ 여러분의 모든 병원 방문시 본 일지를 지참 하십시오.
- ☉ 여러분 의료 진료 예약 전에 다음 질문을 스스로 해보십시오.
 - ☉ 해당 병원 예약이 메디케어 혹은 나의 다른 보험에서 처리 되는 내용 인가?
 - ☉ 나의 증상은? 증상은 언제 시작 되었는가? 증상이 개선되거나 악화되는 원인은 ?
 - ☉ 현재 복용하고 있는 일반 구입약이나 처방약에는 무엇이 있는가?
- ☉ 본 일지에 병원 방문시 일어난 일 뿐만 아니라, 상기 질문에 대한 답도 기록하십시오.
 - ☉ 치료 상담이 끝나기 전에, 여러분 의사가 하는 얘기를 이해했는지 확인하십시오. 이해가 부족한 경우, 다른 방식으로 해당 내용을 설명해 줄 것을 요청하십시오.
- ☉ 여행시, 응급 상황에 대비하여 본 일지를 지참하십시오.
- ☉ 여러분 메디케어와 의료 진료 서류의 정확 점검시, 본 일지를 사용하십시오.

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 지역 SMP | |
| 진료의 품질에 대한 우려 사항? 해당 주[State] QIO | |
| 사회 보장부 | 1-800-772-1213 1-800-325-0778 TTY |
| 메디케어 & 메디케이드 서비스 센터(CMS) | 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 1-800-486-2048 TTY |
| 검열 부서장 HHS 사무소의 사기관련 안내 사항 직통 전화 | 1-800-HHS-TIPS |
| 연방 상공 위원회 ID 도난 직통 전화 | 1-877-438-4338 |
| 노인 관리 로케이터 | www.eldercare.gov |
| 주 건강 보험 프로그램(SHIP) | www.shiptalk.org |
| 장기 관리 옴부즈만 | www.ltcombudsman.org |
| SMP 로케이터 | www.smpresource.org |

성명:

의사 이름:

병원 이름:

전화 번호: ()

병원 주소:

시, 주 및 우편번호:

약사 이름:

전화 번호: ()

응급 연락처:

전화 번호: ()

분실시, 의사 사무실로 가시기 바랍니다.

2007년도 달력

| 1월 | | | | | | | 2월 | | | | | | | 3월 | | | | | | | 4월 | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|
| SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | 1 | 2 | 3 | | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | | | | 25 | 26 | 27 | 28 | | | | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 29 | 30 | | | | | |
| 5월 | | | | | | | 6월 | | | | | | | 7월 | | | | | | | 8월 | | | | | | |
| SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 29 | 30 | 31 | 31 | | | | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| 9월 | | | | | | | 10월 | | | | | | | 11월 | | | | | | | 12월 | | | | | | |
| SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S |
| | | | | | | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | 30 | 31 | | | | | | 30 | 31 | | | | | |

2008년도 달력

| 1월 | | | | | | | 2월 | | | | | | | 3월 | | | | | | | 4월 | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|
| SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | 1 | 2 | | | | | | | 1 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | |
| 30 | 31 | | | | | | | | | | | | 30 | 31 | | | | | | | | | | | | | |
| 5월 | | | | | | | 6월 | | | | | | | 7월 | | | | | | | 8월 | | | | | | |
| SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | 1 | 2 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 29 | 30 | | | | | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 31 | | | | | | | | |
| 9월 | | | | | | | 10월 | | | | | | | 11월 | | | | | | | 12월 | | | | | | |
| SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S | SU | M | T | W | TH | F | S |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | | | | | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 30 | | | | | | | | | | | | | | |

| 상태 | 진단 판정 시기 | 증상이 있는 부모 또는 형제 |
|-------------------|----------|--------------------|
| 천식: | | |
| 암, 유형: | | |
| 당뇨, 유형: 1 2 | | |
| 심장병: | | |
| 고혈압: | | |
| 고지혈[Cholesterol]: | | |
| 뇌출혈[Stroke]: | | |
| 만성 증상: | | |
| 우울증: | | |
| 치매[Dementia]: | | |

의료 장비 및 사용품 목록

| 일자 | 장비 | 장비 공급자 | 조언 의사 |
|----|----|--------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

체 중:

혈압:

콜레스테롤:

혈당:

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

일자

의사/진료소

질문/증상/문제점

대답/설명

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

서비스 내용(검진, 물리치료 등)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

치료 계획/의사의 특별 지시 사항

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

개인 건강 자료

| | |
|------|--|
| 체 중: | |
| 혈압: | |

| | |
|--------|--|
| 콜레스테롤: | |
| 혈당: | |

시험 및 검진 내용 설명

| 시험명 | 내용 | 메디케어 B 처리 해당 여부 |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 골밀도[Bone Mass] 측정 | 당신의 골절 위험 가능성 여부 결정에 대한 도움 | 예, 위험이 있는 경우 매 24 개월 마다 |
| 심장검진 | 주치의에 콜레스테롤, 지질[Lipid] 및 트라이글리세라이드 수치 시험 요청 | 예, 매 5년 마다 |
| 콜로렉탈 [Colorectal]암 검진 | 전암 증상의 성장 여부를 확인하여 대장암[Colon Cancer] 조기 발견에 대한 도움 | 예, 50세 이상이거나 위험도가 높은 경우 |
| 당뇨병 검진 | 다음 증상이 있을 경우 시험 가능: 고혈압, 디스리피데미아 [Dyslipidemia], 비만이나 고혈당 병력 또는 다음 특성 중 두 세 가지에 해당 되는 경우: 65세 이상, 과체중, 당뇨 가족력, 9파운드 이상 체중아 출산 | 예, 시험 결과에 근거하여, 매년 2회까지 가능함 |

시험 및 검진 내용 설명

| 시험명 | 내용 | 메디케어 B 처리 해당 여부 |
|--------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 독감예방주사 [Flu Shot] | 인플루엔자나 독감 바이러스 예방에 도움을 줌 | 예, 가을/겨울 |
| 녹내장 시험 [Glaucoma Test] | 안과 질병인 녹내장 탐지에 도움. 위험도가 있는 경우 가능 | 예, 매 12 개월 마다 |
| B형 간염 주사 [Hepatitis B Shot] | 간질환인 B형 간염 발병으로부터 보호함 | 예, 위험도가 높거나 중간인 경우 |
| 메모그램 | 귀하나 귀하의 의사가 필요하다고 생각 하는 경우 유방암 여부 검사 | 예, 40세 이상 매 12개월 마다 |
| 자궁암 검사 및 골반 검사 | 여성의 질 및 자궁 경부암 여부 검사 | 예, 매 24 개월 마다, 고위험인 경우 매 12 개월 마다 |

시험 및 검진 내용 설명

| 시험명 | 내용 | 메디케어 B 처리 해당 여부 |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 폐렴 주사 | 폐렴 예방에 도움. 대부분 사람들은 1회만 필요함 | 예 |
| 전립선암 검진 | 디지털 직장 검사와 전립선 구체적 항원(PSA) 시험을 통해 남성들의 전립선 암 발견에 도움을 줌 | 예, 50세 이상 환자에 매 12개월 마다 |
| 1회, “메디케어 환영” 건강 검진 | 예방 서비스 및 기타 치료를 위한 소개[referral]에 대한 교육과 상담을 포함함, 귀하 건강 상태에 대한 1회 검진. 파트 B 공제 금과 공동 보험이 적용됨 | 예, 파트 B 해당 처리 시작 후, 첫 6개월 이내에 한함 |
| 금연 상담 | 노인들의 금연 지원. 흡연이나 흡연의 원인으로 인한 약 복용 때문에 발생한 질병이 있어야 함 상담은 의사의 지시가 필요함 | 예, 8에서 12회 방문에 대해 처리됨 |

여러분 지역 SMP는 다음 서비스를 제공 합니다.

- ㉠ 가능한 오류 또는 분명한 사기 및 메디케어 및 메디케이드 프로그램의 남용 여부에 대한 의료 진료 청구서나 메디케어 요약 통지 검사
- ㉠ 여러분 자신을 보호 하고, 신고 및 의료 진료 사기 대응하는 방법에 대한 정보 제공
- ㉠ 본인이 직접 처리하기 불편한 청구 문제에 관련하여 여러분의 담당 의사나 해당 의료 진료소와의 연락 지원



보호, 탐지, 신고

www.smpresource.org의 SMP 로케이터를 찾으십시오

