

「聯邦保健」健康狀況調查



Medicare Health Outcomes Survey

HEDIS 2006

HEALTH PLAN EMPLOYER DATA & INFORMATION SET

NCQA

Measuring the Quality of America's Health Care

CMS

CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

「聯邦保健」健康狀況調查說明

這項調查詢問您的健康狀況。請您花一些時間，根據您自身的情況，回答這份調查表上的每一個問題。您的回答對我們很重要。如果您覺得填寫這份調查表有困難，您可以請家人或朋友“替”您回答這份有關您健康狀況的調查表。

請將填寫完的調查表放在郵資已付的信封內寄還給我們。

- 回答問題時，請仔細閱讀所有的答案，然後做出選擇。請在您覺得最恰當的答案的方格內畫“X”。例如：

55. 您的性別？

1 男

2 女

- 問卷上有一些前後相關的問題。如果您給前一個問題的答案是肯定的，那您就需要回答隨後的一個問題。相反，您就無需回答隨後的一個問題。如果這種前後相關的問題出現的話，您會看到用斜體字寫的說明，如以下：

在回答以上第33個問題時，如果您的答案是“有”（比如“有”癌症），請繼續回答以下的問題。

我們會嚴格保密任何能確認填表人身份的任何資料。我們所收集的資料只會被用於這項科研。如果沒有得到您的允許，我們不會透露或公開任何資料。

對於這項科研，如果您有任何問題或者希望得到更多的了解，請與“華人保健計劃”聯繫，電話：415-397-0776 x 256。

OMB 0938-0701 Version 02-1

© 2006 美國國家質量保證委員會 (NCQA) 版權所有。未經NCQA的書面同意，任何個人與團體不得擅自複製或傳送這項健康狀況調查的內容。

調查表上的第一至九個問題：“VR-12 健康調查表”內的這幾個問題來源於“36個健康問題調查表，”並在它們的基礎上做了一些修改。

「聯邦保健」健康狀況調查

1. 總的說來，您認為您的健康狀況是：

極好

1

很好

2

好

3

一般

4

差

5

2. 以下的問題是有關您在一天的日常生活中可能進行的活動。您目前的健康狀況是否會限制您從事這些活動？ 如果限制的話，限制到什麼程度？

活動

是. 有很
大的限制

是. 有
一點限制

不. 沒有
任何限制

a. 中等程度的活動，比如搬桌子、使用吸塵機清潔地面、玩保齡球或打高爾夫球

1

2

3

b. 上幾層樓梯

1

2

3

3. 在過去四個星期內，您在工作或其他日常活動中是否因為身體健康的原因而遇到過下列的問題？

不.
從來沒有

是.
偶爾

是.
有時

是.
大部分時間

是.
常常如此

a. 實際 做完的比想做的要少

1

2

3

4

5

b. 工作或其他活動的種類受到限制

1

2

3

4

5

4. 在過去的四個星期內，您在工作或其他日常活動中是否因為情緒方面的原因（比如感到沮喪或焦慮）而遇到過下列的問題？

不.
從來沒有

是.
偶爾

是.
有時

是.
大部分時間

是.
常常如此

a. 實際做完的比想做的要少

1

2

3

4

5

b. 工作或從事其他活動時
不如往常細心了

1

2

3

4

5

5. 在過去四個星期內，您身體上的疼痛對您的日常工作（包括上班和家務）有多大影響？

毫無影響 有很少影響 有一些影響 有較大影響 有極大影響

1 2 3 4 5

下列問題是有關您在過去四個星期內的自我感覺和其他一些情況。回答每一個問題時請選擇一個最接近您的感覺的答案。

6. 在過去四個星期內，有多少時間：

	常常如此	大部分時間	相當多時間	有時	偶爾	從來沒有
a. 您感到心平氣和？	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b. 您感到精力充沛？	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c. 您覺得心情不好，悶悶不樂？	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

7. 在過去四個星期內，有多少時間您的身體健康或情緒問題妨礙了您的社交活動（比如探親、訪友等）？

常常有妨礙 大部分時間有妨礙 有時有妨礙 偶爾有妨礙 從來沒有妨礙

1 2 3 4 5

接下來我們想詢問您，在過去的一年內您的健康狀況是否發生過任何變化。

8. 與一年前相比較，您認為您目前的健康狀況大致如何？

比一年前好多了 比一年前好一些 和一年前差不多 比一年前差一些 比一年前差多了

1 2 3 4 5

9. 與一年前相比較，您認為您目前的心理狀況（比如：沮喪，焦慮或易怒）大致如何？

比一年前好多了 比一年前好一些 和一年前差不多 比一年前差一些 比一年前差多了

1 2 3 4 5

前面，我們曾詢問過有關您在日常活動中是否受限制。下面，我們還想問幾個這方面的問題。

10. 如果在沒有任何特殊設備或者他人幫助的情況下，您會不會因為身體健康問題在做下列活動時有困難？

	不，沒有困難	對，有困難	沒有能力做
a. 洗澡或淋浴.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. 穿衣服.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c. 吃飯.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d. 上下椅子.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e. 走路.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
f. 上洗手間.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

下列問題是有關您在過去三十天內的身心健康的情況。

11. 回顧一下在過去的三十天中，您有多少天覺得身體狀況不太好（如患疾病或受傷）？（請填上天數，即從 0-30 天。如果沒有一天覺得身體不太好，請填上 ” 0 “ 天。）

天

12. 回顧一下在過去的三十天中，您有多少天覺得心理狀況不太好（如有壓抑，焦慮，情緒問題？）（請填上天數，即從 0-30 天。如果沒有一天覺得心理狀況不太好，請填上 ” 0 “ 天。）

天

13. 在過去的三十天中，您大約有多少天因為身心健康的問題而無法從事日常活動（如照顧自己，工作，或娛樂？）（請填上天數，即從 0-30 天。如果沒有一天受到限制，請填上 ” 0 “ 天。）

天

以下我們所要問的幾個問題是關於幾種常見病的情況。

14. 在過去四個星期內，有多少時間您會遇到了以下的問題？

	常常如此	大部分時間	有時	偶爾	從來沒有
a. 運動時覺得胸疼或胸悶？	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. 休息時覺得胸疼或胸悶？	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

15. 在過去四個星期內，有多少時間您在以下的幾種情況下會感到喘不過氣來？

	常常如此	大部分時間	有時	偶爾	從來沒有
a. 平躺的時候	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. 坐着或休息的時候	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. 走了不到一條街道的時候	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. 上了一層樓梯的時候	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

16. 在過去四個星期內，有多少時間您的腿和腳有過以下幾種問題？

	常常如此	大部分時間	有時	偶爾	從來沒有
a. 麻木或失去感覺	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. 有刺疼的感覺，尤其在晚上	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. 漸漸失去對冷熱的感覺	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. 傷痛不易癒合	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

17. 在過去四個星期內，您的關節炎引起了多大的疼痛？

完全沒有	很輕微	輕微	有一些	劇烈
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

18. 您的視力（包括戴眼鏡後的視力）能不能讓您看清報紙上的油印字？

	能	不能
1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

19. 您的聽覺（包括戴了助聽器後的聽覺）能不能讓您聽清楚周圍人講話的大部分內容？

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

是否曾有醫生告訴過您患有下列任何疾病？

	有	沒有
--	---	----

20. 高血壓

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

21. 心絞痛或冠狀動脈性心臟病（冠心病）

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

22. 充血性心臟衰竭

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

23. 心肌梗塞

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

24. 其他心臟病，比如心臟瓣膜病或心律不整

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

25. 中風

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

26. 肺氣腫或哮喘或慢性支氣管炎

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

27. 節段性回腸炎，潰瘍性結腸炎或炎性腸病

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

28. 髖關節或膝關節炎

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

29. 手腕或手指關節炎

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

30. 骨質疏鬆症

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

31. 坐骨神經痛

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

32. 糖尿病，高血糖或尿糖

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

33. 任何癌症（皮膚癌除外）

1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------------

如果對以上第 33 個問題，您的答案是“有”（即您有癌症），請回答以下的問題：

34. 您目前是否正在接受下列任何一種癌症的治療？

- | | 是 | 不是 |
|-----------|----------------------------|----------------------------|
| a. 結腸或直腸癌 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. 肺癌 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. 乳腺癌 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| d. 前列腺癌 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

35. 在過去的四個星期內，您有多少時間由於後腰的疼痛妨礙了您的日常活動（如工作，上學或娛樂）？

- | 常常有妨礙 | 大部分時間有妨礙 | 有時有妨礙 | 很少有妨礙 | 沒有妨礙 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

36. 在過去的一年內，您有沒有一連兩個多星期感到悲傷、沮喪、或者失去興趣或樂趣去做您通常喜歡做的事情？

- | 有 | 沒有 |
|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

37. 在過去的一年內，您有沒有常常感到沮喪或悲傷？

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|

38. 在您的一生中，即使您有時候感覺良好，但您有沒有在大部分時間感到沮喪或悲傷，而且這種感覺一連持續兩年多時間？

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|

39. 總括說來，與您的同齡人相比較，您認為您的健康狀況是：

- | | |
|----------------------------|----|
| 1 <input type="checkbox"/> | 極好 |
| 2 <input type="checkbox"/> | 很好 |
| 3 <input type="checkbox"/> | 好 |
| 4 <input type="checkbox"/> | 一般 |
| 5 <input type="checkbox"/> | 差 |

40. 您目前是每天都要抽煙，還是隔幾天抽一次，或者根本就不抽煙？

- 1 每天
2 隔幾天
3 根本就不抽煙
4 不知道

41. 許多人有小便失禁的問題。在過去的六個月裏，您是否不小心有過小便失禁？

- 1 有 → 請回答第 42 個問題
2 沒有 → 請跳至第 45 個問題

42. 對您來說，小便失禁是個多大的問題？

- 1 是個大問題
2 是個小問題
3 根本不是問題

43. 您與您的醫生有沒有討論過您有小便失禁的問題？

- 1 有
2 沒有

44. 有許多種方法可以治療小便失禁，比如，膀胱訓練，運動，藥物，及手術。您有沒有接受過任何這些治療方法？

- 1 有
2 沒有

45. 在過去的十二個月內，您有沒有同您的醫生及其他醫療保健人員談起過您的運動量或體育鍛煉的情況？舉一個例子。您的醫生及其他醫療保健人員可能問過您是否經常鍛煉身體或參加任何體育活動。

- 1 有 → 請回答第 46 個問題
2 沒有 → 請回答第 46 個問題
3 在過去的十二個月裏，我沒去看過病(大夫) → 請跳至第 47 個問題

46. 在過去的十二個月內，您的醫生及其他醫療保健人員有沒有建議您去鍛煉身體或參加體育活動，增加身體鍛煉或體育活動的量，或維持原有的活動量。舉一個例子。為了提高您的身體健康，您的醫生及其他醫療保健人員可能建議您走樓梯鍛煉，每天走路從十分鐘增加到二十分鐘，或維持目前的鍛煉計劃。

- 1 有
2 沒有

47. 跌跤是您的身子在沒人推您的情況下跌倒在地面。在過去的十二個月內，您有沒有同您的醫生及其他醫療保健人員談起過您有跌跤，難保持平衡或走路有困難的問題？

- 1 有
2 沒有
3 在過去的十二個月內，我沒去看過病(大夫)

48. 在過去的十二個月內，您有沒有跌過跤？

- 1 有
2 沒有

49. 在過去的十二個月內，您有沒有在保持平衡或走路時有過困難？

- 1 有
2 沒有

50. 您的醫生及其他醫療保健人員有沒有做一些其他事情來防止您跌跤或者治療您的平衡或走路的問題？其他事情包括：

- 建議您走路時使用拐杖
- 檢查您躺着或站着時的血壓
- 建議您做鍛煉或參合理療
- 建議您去做視力及聽力的檢查

- 1 有
2 沒有

51. 您有沒有接受過骨密度檢查，檢驗您是否有骨質疏鬆症。這項檢查有時候在您的后背，臀部，手腕，腳跟或手指上進行。

- 1 有
2 沒有

52. 您的體重是多少(磅)?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> 90 磅以下 | 08 <input type="checkbox"/> 151 - 160 磅. | 15 <input type="checkbox"/> 221 - 230 磅. | 22 <input type="checkbox"/> 291 - 300 磅. |
| 02 <input type="checkbox"/> 91 - 100 磅 | 09 <input type="checkbox"/> 161 - 170 磅. | 16 <input type="checkbox"/> 231 - 240 磅. | 23 <input type="checkbox"/> 301 - 310 磅. |
| 03 <input type="checkbox"/> 101 - 110 磅 | 10 <input type="checkbox"/> 171 - 180 磅 | 17 <input type="checkbox"/> 241 - 250 磅 | 24 <input type="checkbox"/> 311 - 320 磅 |
| 04 <input type="checkbox"/> 111 - 120 磅 | 11 <input type="checkbox"/> 181 - 190 磅 | 18 <input type="checkbox"/> 251 - 260 磅 | 25 <input type="checkbox"/> 321 磅以上 |
| 05 <input type="checkbox"/> 121 - 130 磅 | 12 <input type="checkbox"/> 191 - 200 磅 | 19 <input type="checkbox"/> 261 - 270 磅 | |
| 06 <input type="checkbox"/> 131 - 140 磅 | 13 <input type="checkbox"/> 201 - 210 磅 | 20 <input type="checkbox"/> 271 - 280 磅 | |
| 07 <input type="checkbox"/> 141 - 150 磅 | 14 <input type="checkbox"/> 211 - 220 磅 | 21 <input type="checkbox"/> 281 - 290 磅 | |

53. 您的身高是多少?

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 01 <input type="checkbox"/> 5.00 英呎以下 | 05 <input type="checkbox"/> 5.04 英呎 | 09 <input type="checkbox"/> 5.08 英呎 | 13 <input type="checkbox"/> 6.00 英呎 |
| 02 <input type="checkbox"/> 5.01 英呎 | 06 <input type="checkbox"/> 5.05 英呎 | 10 <input type="checkbox"/> 5.09 英呎 | 14 <input type="checkbox"/> 6.01 英呎 |
| 03 <input type="checkbox"/> 5.02 英呎 | 07 <input type="checkbox"/> 5.06 英呎 | 11 <input type="checkbox"/> 5.10 英呎 | 15 <input type="checkbox"/> 6.02 英呎 |
| 04 <input type="checkbox"/> 5.03 英呎 | 08 <input type="checkbox"/> 5.07 英呎 | 12 <input type="checkbox"/> 5.11 英呎 | 16 <input type="checkbox"/> 6.03 英呎以上 |

54. 您是哪一年出生的? 只需填寫出生年份, 比如, 您出生於 1935 年 1 月 1 日, 您只需回答 “1935 ”.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

55. 您的性別?

- | | |
|----------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> | 男 |
| 2 <input type="checkbox"/> | 女 |

56. 您是西班牙人的後裔嗎?

- | | |
|----------------------------|----|
| 1 <input type="checkbox"/> | 是 |
| 2 <input type="checkbox"/> | 不是 |

57. 您認為您屬於以下的哪一個人種？（請選擇所有合適的答案。）

- 1 美國印第安人或阿拉斯加土著居民
- 2 亞裔
- 3 黑人或美籍非洲人
- 4 夏威夷土著居民或其他太平洋島嶼土著居民
- 5 白人
- 6 其他人種

58. 您目前的婚姻狀況？

- 1 已婚
- 2 離婚
- 3 分居
- 4 喪偶
- 5 未婚

59. 您的教育程度如何？

- 1 小學
- 2 高中肄業
- 3 高中畢業
- 4 大學肄業
- 5 大學畢業
- 6 研究生

60. 您目前所居住的房屋或公寓是屬於以下的哪一類？

- 1 擁有，自己購買的
- 2 擁有，家裏其他人買的
- 3 租用的
- 4 不擁有，但也不需付房租
- 5 其他

61. 誰填寫了這項調查表？

1 被調查者本人

→ 請回答第 63 個問題

2 家人或親屬

3 朋友

4 家庭健康助理，私人保健員，或者有執照的護士助理

62. 如果有人替被調查者本人填寫了這項調查表，請將此人的姓名寫下來（請用正體字）

名

姓

63. 您家庭（所有成員）去年的年收入是多少(美元)？

1 低於 5,000 美元

2 5,000–9,999 美元

3 10,000–19,999 美元

4 20,000–29,999 美元

5 30,000–39,999 美元

6 40,000–49,999 美元

7 50,000–79,999 美元

8 80,000–99,999 美元

9 多於 100,000 美元

10 不知道

您已經完成了這項調查。 謝謝！

根據1995年“減少紙張使用法案”，如果調查表上沒有有效的OMB控制數碼，任何人都無須回答問卷上的任何問題。 這項調查表持有有效的OMB控制數碼：0938—0701。 完成這份調查表，估計需要二十分鐘，這包括閱讀調查表的說明，尋找現有的資料，收集和整理所需的資料，以及完成和審閱所提供的信息。 如果您對完成這份調查表所估計的時間或對如何改進這項問卷有任何看法，請寫信給：

CMS, 7500 SECURITY BOULEVARD, C3-16-27, BALTIMORE, MARYLAND, 21244-1850.