

**Medicare Health Outcomes Survey  
Questionnaire (Chinese)  
2011  
Insert Cover Art (English)**

## 「聯邦保健 (紅藍卡)」健康狀況問卷調查的填寫說明

這是一份詢問您的健康狀況的問卷調查表。請您花一些時間，根據您自身的情況，回答這份問卷裏的每一個問題。您的回答對我們很重要。如果您覺得填寫這份問卷有困難，您可以請家人或朋友幫您回答這份有關您健康狀況的問卷。

請將填寫完整的問卷調查表放入郵資已付的回郵信封中，然後寄回。

### 範例

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

56. 您的性別？

Male

Female

- 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：

**如果您在第33題時答“有”(即有癌症)，請回答以下的問題。**

任何能識別此問卷調查參與者身份的信息或資料將受隱私法和健康保險流通與責任法案 (HIPAA) 的保護。除非用於法律允許的目的，我們不會透露或公開任何信息或資料。

如果您對於這項研究項目有任何問題，或者希望做更進一步的了解，請與 MORPACE 研究公司免費電話 1-888-421-6549 聯繫。

OMB 0938-0701 Version 02-1

© 2011 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問卷的內容。

調查表上的第一至第九題：這幾個問題為“VR-12 健康調查”，來源於另一個有36個關於健康的調查問題，也包括一些修改。

## 「聯邦保健 (紅藍卡)」健康狀況問卷調查

1. 總的說來，您認為您的健康狀況是：

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

2. 以下的問題是有關您在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	有很大 的限制	有一點 限制	沒有 任何限制
a. <u>中等程度的活動</u> ，比如移動桌子、使用吸塵機、玩保齡球、或打高爾夫 .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. 上 <u>幾層</u> 樓梯 .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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？

	從來 沒有	偶爾	有時	大部份 時間	常常 如此
a. 實際 <u>做完</u> 的比想做的 <u>要少</u> .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. 工作或其他活動的 <u>種類</u> 受到限制 .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

4. 在過去四個星期內，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？

	從來 沒有	偶爾	有時	大部份 時間	常常 如此
a. 實際 <u>做完</u> 的比想做的 <u>要少</u> .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. 工作或從事其他活動時不如往常 <u>細心</u> .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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	大部份 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      大部份時間有      有時有      偶爾有      從來沒有

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？

好多了      好一些      差不多      差一些      差多了

1       2       3       4       5

9. 與一年前相比較，您認為您目前的情緒狀況（比如，沮喪、焦慮、或易怒）大致如何？

好多了      好一些      差不多      差一些      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？

	沒有困難	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. 坐到椅子上或站起來.....	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"/>

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 到 30 天。如果您沒有這方面的問題，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 (如壓抑、焦慮、情緒問題等)？ (請填上天數，即從 0 到 30 天。如果您沒有這方面的問題，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 到 30 天。如果您沒有這方面的問題，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疾病的情況。

14. 在過去四個星期內，有多少時間您遇到了以下的問題？

	常常如此	大部份時間	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	大部份時間	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. 還沒走到下一個街口 ( block ) 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	大部份時間	有時	偶爾	從來沒有
a. 腳發麻或腳沒感覺 .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. 腳有刺痛的感覺，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. 腳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. 腳上傷痛不易癒合 .....	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，您因關節炎引起的疼痛有多大？

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"/>

	能	不能
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？ .....	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 講話的 <u>大部份</u> 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

2

21. 心絞痛或冠狀動脈性心臟病 (冠心病).....

1

2

22. 充血性心臟衰竭.....

1

2

23. 心肌梗塞.....

1

2

24. 其他心臟病，比如心臟瓣膜病或心律不整.....

1

2

25. 中風.....

1

2

26. 肺氣腫或哮喘或慢性支氣管炎.....

1

2

27. 節段性回腸炎，潰瘍性結腸炎或炎性腸病.....

1

2

28. 髖關節或膝關節炎.....

1

2

29. 手腕或手指關節炎.....

1

2

30. 骨質疏鬆症.....

1

2

31. 坐骨神經痛.....

1

2

32. 糖尿病，高血糖或尿糖.....

1

2

是否曾有醫生告訴過您患有下列疾病？

有

沒有

33. 任何癌症 (皮膚癌除外) .....

1

2



如果您在第33題時答“有”(即有癌症),請回答以下的問題:

- |                           |                            |                            |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                           | <b>有</b>                   | <b>沒有</b>                  |
| 34. 您目前有沒有在接受下列任何一種癌症的治療? |                            |                            |
| 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,您有多少時間因為後腰疼痛的關係而妨礙了您的日常活動(如工作、上學、或家務)?

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>常常有</b>                 | <b>大部份時間有</b>              | <b>有時有</b>                 | <b>很少有</b>                 | <b>沒有</b>                  |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
|  | <b>有</b>                   | <b>沒有</b>                  |
| 36. 在過去的 <u>一年內</u> ,您有沒有過一連兩個多星期感到悲傷、沮喪、及失去興趣或樂趣去做您通常喜歡做的事情? .....      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 37. 在過去的 <u>一年內</u> ,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,但您有沒有在大部份時間感到沮喪或悲傷,而且這種感覺一連持續 <u>兩年多時間</u> ? ..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

39. 在過去的一個星期裏,您有多少時間感到憂鬱?

- |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>几乎没有<br/>或从不憂鬱</b>      | <b>有時<br/>或很少憂鬱</b>        | <b>有相当一部分<br/>时间憂鬱</b>     | <b>大部份時間<br/>或一直憂鬱</b>     |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

40. 總括說來，與您的同年人相比較，您認為您的健康狀況是：

- 1  極好
- 2  很好
- 3  好
- 4  一般
- 5  差

41. 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

42. 許多人有小便失禁或滲漏的問題。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 43 題
- 2  沒有 → 請跳到第 46 題

43. 對您來說，小便失禁是個多大的問題？

- 1  是個大問題 → 請回答第 44 題
- 2  是個小問題 → 請回答第 44 題
- 3  根本不是問題 → 請跳至第 46 題

44. 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

45. 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

46. 在過去的十二個月內，您有沒有與您的醫生及其他醫療保健人員談起過您的運動量或身體鍛練的情況？

例如：他們可能問過您是否經常鍛練身體或參加任何體育活動。

- 1  有 → **請回答第 47 題**  
2  沒有 → **請回答第 47 題**  
3  過去的十二個月裏我沒去看過病 (大夫) → **請跳到第 48 題**

47. 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該開始鍛練身體或參加體育活動，或者建議您增加或維持原有的活動量？

例如：為了提高您的身體健康，他們可能建議您走樓梯鍛練，每天走路從十分鐘增加到二十分鐘，或維持目前的鍛練計劃。

- 1  有  
2  沒有

48. 摔跤是您的身體在沒人推動的情況下跌倒在地面。在過去的十二個月裏，您有沒有與您的醫生及其他醫療保健人員談起過您有摔跤、容易失去平衡或走路有困難的問題？

- 1  有  
2  沒有  
3  過去的十二個月裏我沒去看過病 (大夫)

49. 在過去的十二個月內，您有沒有跌過跤？

- 1  有  
2  沒有

50. 在過去的十二個月內，您是否容易失去平衡或走路時有困難？

- 1  有  
2  沒有

51. 您的醫生及其他醫療保健人員有沒有做任何事情來防止您跌倒或者治療您的平衡或走路的問題，比如：

- 建議您走路時使用柺杖
- 檢查您躺著或站著時的血壓
- 建議您做鍛練或參合理療
- 建議您去做視力及聽力的檢查

- 1  有  
2  沒有  
3  過去的十二個月裏我沒去看過病 (大夫)

52. 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後背、臀部、手腕、腳跟、或手指上進行。

- 1  有  
2  沒有

53. 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 |                                       |

54. 您的身高是多少 ?

- |                                       |                                       |  |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> 5 英尺以下    | 05 <input type="checkbox"/> 5 英尺 4 英寸 | 09 <input type="checkbox"/> 5 英尺 8 英寸  | 13 <input type="checkbox"/> 6 英尺       |
| 02 <input type="checkbox"/> 5 英尺 1 英寸 | 06 <input type="checkbox"/> 5 英尺 5 英寸 | 10 <input type="checkbox"/> 5 英尺 9 英寸  | 14 <input type="checkbox"/> 6 英尺 1 英寸  |
| 03 <input type="checkbox"/> 5 英尺 2 英寸 | 07 <input type="checkbox"/> 5 英尺 6 英寸 | 11 <input type="checkbox"/> 5 英尺 10 英寸 | 15 <input type="checkbox"/> 6 英尺 2 英寸  |
| 04 <input type="checkbox"/> 5 英尺 3 英寸 | 08 <input type="checkbox"/> 5 英尺 7 英寸 | 12 <input type="checkbox"/> 5 英尺 11 英寸 | 16 <input type="checkbox"/> 6 英尺 3 寸以上 |

55. 您是哪一年出生的 ? 只需填寫出生年份。

56. 您的性別 ?

- 1  男  
2  女

57. 您是西班牙人的後裔嗎 ?

- 1  是  
2  不是

58. 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

59. 您目前的婚姻狀況？

- 1  已婚
- 2  離婚
- 3  分居
- 4  喪偶
- 5  未婚

60. 您的教育程度如何？

- 1  小學
- 2  初中畢業
- 3  高中畢業
- 4  大專畢業
- 5  大學畢業
- 6  研究生

61. 您目前所居住的房屋或公寓是屬於以下的哪一類？

- 1  屬於您，您自己購買的
- 2  屬於您家人，您家裏的其他人買的
- 3  租用的，需要付房租
- 4  不屬於您或您家人，但可以免租金居住
- 5  上述情況都不適用，有其他情況

62. 誰填寫了這份問卷調查表？

- 1  參加問卷的人自己 → **請跳至第64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

63. 如果有人替此問卷調查參與者本人填寫了這份問卷，請將那個人的姓名寫下來  
(請用正楷)。

名

姓

64. 在過去十二個月，您住戶裏所有家庭成員的總收入是多少 (美元)？

- 01  低於 5,000 美元
- 02  從 5,000 到 9,999 美元
- 03  從 10,000 到 19,999 美元
- 04  從 20,000 到 29,999 美元
- 05  從 30,000 到 39,999 美元
- 06  從 40,000 到 49,999 美元
- 07  從 50,000 到 79,999 美元
- 08  從 80,000 到 99,999 美元
- 09  多於 100,000 美元
- 10  不知道

**您已經完成了這份問卷。 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, C3-24-07  
Baltimore, Maryland 21244-1850

您也可以與 Morpace 聯繫。他們的免費電話是 1-877-740-2126; 他們的電子郵件是：[hos@morpace.com](mailto:hos@morpace.com)