# Medicare Health Outcomes Survey—Modified (HOS-M)

Questionnaire (Chinese)

2024

## 聯邦醫療保險健康狀況問卷調查修訂版說明

**這份調查問卷詢問您的健康、情緒和從事日常活動的能力。請花時間慢慢填寫這份調查問卷。您的回答對我們非常重要。如果您需要填寫問卷的幫助，可以請家人或朋友代替您填寫您的健康狀況。如果您的家人或朋友沒有空，您可以請護士或其他醫療專業工作者幫忙。**

**問題示例：**

回答問題時，請在適當答案旁邊的方格中打叉 (X)，如下例所示。

您是男性還是女性?

1男性

2女性

* 請務必先閱讀所有答案選項，再於方格打叉 (X)。
* 您可能覺得有些問題是私人性質。您回答本問卷的每一個問題是很重要的。然而，如果您不想回答某個問題，您不必回答。如果您不確定該如何回答某個問題或是不知道該問題是否與您相關，只要選擇最恰當的答案即可。
* **請在兩週內填寫這份問卷，然後裝入隨附的回郵信封寄回。**

|  |
| --- |
| **如果是替別人填寫這份問卷調查**  **回答每個問題時，請選擇您認為對於此人的健康、情緒及從事日常生活的能力最恰當的答案。按照您認為此人會做的回答來回答每個問題。** |

|  |
| --- |
| 所有能識別填寫問卷者身份的資訊，都受到《隱私法》和《健康保險可攜性與責任法案》(HIPAA) 的保護。這些資訊只會用於法律許可的用途，不會因為其他原因透露或公開。如果您對這項研究有任何問題或想知道更多詳情，請致電 [phone number] 聯絡 [survey vendor name]。 |

|  |
| --- |
| 根據1995年《文書工作削減法案》的規定，除非資訊收集文件上顯示一個有效的OMB控制號碼，否則任何人均無需對本資訊收集進行回覆。此資訊收集的OMB控制編號為**0938-0701**。完成本資訊收集所需時間估計為平均**20**分鐘，包括閱讀說明指示、搜尋現有資料來源、收集所需資料以及填寫並檢視資料收集等所用的時間。如果您對預估時間的準確性有意見，或對本表格有任何改進建議，歡迎寫信到：CMS, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。 |

OMB 0938-0701 (到期日：2025年5月31日)

© 2024 全國品質保證委員會 (NCQA)。未經NCQA書面同意，不得以任何電子或機械形式擅自複製或傳送這項調查問卷。保留所有權利。

## 聯邦醫療保險健康狀況問卷調查—修訂版

1. 一般來說，您認為自己的健康狀況是：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **極好** | **很好** | **不錯** | **尚可** | **很差** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. 您在提起或攜帶十磅重的物品（例如一袋馬鈴薯）時，有多大困難？

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **完全沒有困難** | **有一點困難** | **有一些困難** | **非常困難** | **完全做不到** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. 您在步行四分之一英里，也就是兩、三個街區的距離時，有多大困難？

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **完全沒有困難** | **有一點困難** | **有一些困難** | **非常困難** | **完全做不到** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. **在沒有任何特殊設備或是別人的幫助下**，您做下列活動時是否因為健康或身體的問題而有困難？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **否，沒有困難** | **是，有困難** | **無法做這項活動** |
| a. 洗澡 | 1 | 2 | 3 |
| b. 穿衣 | 1 | 2 | 3 |
| c. 吃飯 | 1 | 2 | 3 |
| d. 坐到椅子上或站起來 | 1 | 2 | 3 |
| e. 走路 | 1 | 2 | 3 |
| f. 上廁所 | 1 | 2 | 3 |

5. 您做下列活動時是否**得到別人的幫助**？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **是，得到幫助** | **否，沒有得到幫助** | **不做這項活動** |
| a. 洗澡 | 1 | 2 | 3 |
| b. 穿衣 | 1 | 2 | 3 |
| c. 吃飯 | 1 | 2 | 3 |
| d. 坐到椅子上或站起來 | 1 | 2 | 3 |
| e. 走路 | 1 | 2 | 3 |
| f. 上廁所 | 1 | 2 | 3 |

6. 以下是您在一天中可能會做的活動。您目前的**健康是否會限制您**做這些活動？如果會，有多少限制？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **活動** | **是，有很大限制** | **是，有一點限制** | **否，完全沒有限制** |
| a. **適度的活動**，例如搬桌子、推動吸塵器、打保齡球或高爾夫球 | 1 | 2 | 3 |
| b. 爬**幾段**樓梯 | 1 | 2 | 3 |

7. **在過去四週來**，您是否**因為身體健康的緣故**而在工作上或其他日常活動中產生以下困難？（如果您無法工作或從事日常活動，請在以下兩題選擇「是，總是如此」）。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **否，完全沒有** | **是，偶爾如此** | **是，有時如此** | **是，大部分如此** | **是，總是如此** |
| a. **沒有完成**預期的份量 | 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 |

8. **在過去四週來**，您是否**因為任何情緒問題的緣故**（例如感到憂鬱或焦慮）而在日常活動中產生以下困難？（如果您無法工作或從事日常活動，請在以下兩題選擇「是，總是如此」）。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **否，完全沒有** | **是，偶爾如此** | **是，有時如此** | **是，大部分如此** | **是，總是如此** |
| a. **沒有完成**預期的份量 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.對於工作或其他活動不像以前那麼**小心** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. **在過去四週來，疼痛**對您的正常工作（包括離家的工作以及家務）產生多少干擾？

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **完全沒有** | **有一點** | **中等** | **相當大** | **非常大** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

以下問題是關於您**在過去四週來**的感覺以及生活概況。對於每個問題，請選擇一個最能表達您感覺的答案。

10. **在過去四週來**，您有多少時間：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **總是如此** | **大部分如此** | **經常如此** | **有時如此** | **偶爾如此** | **完全沒有** |
| a. 覺得**心平氣和**？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. 覺得**精力充沛**？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. 覺得**心情不好，悶悶不樂**？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

11. **在過去四週來**，您的**身體健康或情緒問題**妨礙您參加社交活動的時間有多長（例如看望朋友、親戚等）？

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **總是如此** | **大部分如此** | **有時如此** | **偶爾如此** | **完全沒有** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

現在我想問您幾個關於您的健康變化的問題。

12. **跟一年前相比**，您如何評估自己**目前**的**身體健康狀況**？

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **好多了** | **好一點** | **差不多** | **差一點** | **差很多** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

13. **跟一年前相比**，您如何評估自己**目前**的**情緒問題**（例如感覺焦慮、沮喪或易怒）？

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **好多了** | **好一點** | **差不多** | **差一點** | **差很多** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14. 您有沒有因為記憶力減退而妨礙了日常活動？

1 是

2 否

15. 您多常有小便失禁（漏尿）的問題？

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **從未** | **一週不到一次** | **一週一次或更多次** | **每天** | **使用導尿管** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16. 這份問卷是由誰填寫的？

1 聯邦醫療保險參與者 è***在此停筆***

2 聯邦醫療保險參與者的家人、親戚或朋友 è***請回答第17題***

3 護士或其他健康專業人士 è***請回答第17題***

17. 您為何替別人填寫這份調查問卷？（請回答**所有**適用項目）。

1 身體問題

2 記憶力減退或精神問題

3 無法說英語或看英文

4 那個人沒空

5 其他

18. 您如何幫助填寫這份調查問卷？（請回答**所有**適用項目）。

1 把問題唸給那人聽

2 填寫那人的回答

3 根據我對那人的了解回答問卷

4 根據醫療記錄為那人回答問卷

5 把問卷翻譯成中文

6 其他

|  |
| --- |
| **只限專業人員（看護者）使用** |

19. 以下哪一個**最能描述**您的職位？（只選擇**一個**答案）。

1 家庭健康助理、私人保健員，或是持證護士助理

2 護士（RN、LPN或NP）

3 社會工作者或個案經理

4 成人寄養／日間照護／輔助生活設施／居住式護理人員

5 口譯員

6 其他

**您已經填好問卷。謝謝您。**

請使用隨附的郵資已付信封將填妥的問卷寄至：

|  |
| --- |
| **Centers for Medicare & Medicaid Services**  c/o Survey Processing  [Insert Survey Vendor Return Address Here]  如果您對本次調查有任何疑問，請聯系與Medicare合作的調查組織，電話[survey vendor phone number] 訪問網站[survey vendor email]。 |