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《▯▯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《▯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**)**

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

OMB 0938-0701 (到期日: 2025 年 5 月 31 日)

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 是，偶 是，有 是，大部 是，總

全沒有 爾如此 時如此 分如此 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 1 2 3

4 5 制 ....

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 是，偶 是，有 是，大部 是，總全沒有 爾如此 時如此 分如此 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 有時 偶爾 完全如此 如此 沒有

如此

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

OMB 0938-0701 (到期日: **2025** 年 **5** 月 **31** 日**)**

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	差一點	差很多	差很多
□	□	□	□	□	□	□
1	2	3	4	4	5	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
□	□	□

1 2 3

□ 聯邦醫療保險參與者

□

□

14. 您有沒有因為記憶力減退而妨礙了日常活動?

□ 是

□

1

否

2

每天

□

4

使用導尿管

□

5

1

15. 您多常有小便失禁（漏尿）的問題?

聯邦醫療保險參與者的家人、親戚或朋友

2

一週一次或更從未 一週不到一

次 多次

□	□	□

1 2 3

護士或其他健康專業人士

3

16. 這份問卷是由誰填寫的?

OMB 0938-0701 (到期日: **2025** 年 **5** 月 **31** 日**)**

➔在此停筆 ➔請回答第 17 題 □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。

OMB 0938-0701 (到期日: **2025** 年 **5** 月 **31** 日**)**

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]。

OMB 0938-0701 (到期日：**2025** 年 **5** 月 **31** 日**)**