

**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，否則任何人都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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 穿衣.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 吃飯.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 坐到椅子上或站起來.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 走路.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 上廁所.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. 穿衣.....	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. 上廁所.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. 爬幾段樓梯.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. 工作或活動的種類受到限制.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. 對於工作或其他活動不像以前那麼小心.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b. 覺得精力充沛？	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. 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"/>

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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

1

好一點

2

差不多

3

差一點

4

差很多

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

1

好一點

2

差不多

3

差一點

4

差很多

5

14. 您有沒有因為記憶力減退而妨礙了日常活動？

是

否

15. 您多常有小便失禁（漏尿）的問題？

從未

1

一週不到一次

2

一週一次或更

多次

3

每天

4

使用導尿管

5

16. 這份問卷是由誰填寫的？

聯邦醫療保險參與者

聯邦醫療保險參與者的家人、親戚或朋友

護士或其他健康專業人士

→ 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）。

身體問題

記憶力減退或精神問題

無法說英語或看英文

那個人沒空

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] 或[survey vendor email]。