

**Medicare Health Outcomes Survey (HOS)  
Questionnaire (Chinese)**

**2024**

## 聯邦醫療保險健康狀況問卷調查說明

這項調查會詢問您和您的健康狀況。在回答每個問題時，請考慮您自己。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。如果您無法填寫這份問卷，可以請一位家人或「代理人」幫您回答這份關於您的問卷。

請用隨附的郵資已付信封寄回填妥的調查問卷。

➤ 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)。

➤ 本問卷有時會請您跳過一些問題。發生這種情況時，您會看到一條註釋，告訴您接下來回答哪一題，像這樣：

1  是 ➔ 請回答第 32 題

2  否 ➔ 請回答第 33 題

如果您是替別人填寫這份問卷調查，請按照您認為此人會給出的回答來回答每個問題。

所有能識別填寫問卷調查者身份的資訊，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。這適用於規定和自願收集的資訊。此資訊收集的有效 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

1.一般來說，您認為自己的健康狀況是：

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

2.以下是您在一天中可能會從事的活動。

您**目前的健康**是否會限制您從事這些活動？如果會，有多少限制？

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  是，有很多限制
- 2  是，有一點限制
- 3  否，完全沒有限制

b.爬幾段樓梯。

- 1  是，有很多限制
- 2  是，有一點限制
- 3  否，完全沒有限制

3.在過去四週來，您是否因為身體健康的緣故而對您的工作或其他例行的日常活動產生以下困難？

a.因為身體健康的緣故沒有完成預期的份量？

- 1  否，完全沒有
- 2  是，偶爾如此
- 3  是，有時如此
- 4  是，大部分如此
- 5  是，總是如此

b.因為身體健康的緣故而在工作或其他活動的種類受到限制？

- 1  否，完全沒有
- 2  是，偶爾如此
- 3  是，有時如此
- 4  是，大部分如此
- 5  是，總是如此

4.在過去四週來，您是否因為任何情緒問題（例如感到憂鬱或焦慮）而在工作或其他日常活動中出現以下困難？

a.因為任何情緒問題沒有完成預期的份量

- 1  否，完全沒有
- 2  是，偶爾如此
- 3  是，有時如此
- 4  是，大部分如此
- 5  是，總是如此

b.因為任何情緒問題對於工作或其他活動不像平常那麼小心

- 1  否，完全沒有
- 2  是，偶爾如此
- 3  是，有時如此
- 4  是，大部分如此
- 5  是，總是如此

5.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？

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

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。

6.在過去四週來，您有多少時間：

a. 覺得心平氣和？

- 1  總是如此
- 2  大部分如此
- 3  經常如此
- 4  有時如此
- 5  偶爾如此
- 6  完全沒有

b.覺得精力充沛？

- 1  總是如此
- 2  大部分如此
- 3  經常如此
- 4  有時如此
- 5  偶爾如此
- 6  完全沒有

c.覺得心情不好，悶悶不樂？

- 1  總是如此
- 2  大部分如此
- 3  經常如此
- 4  有時如此
- 5  偶爾如此
- 6  完全沒有

7.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）？

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

現在我們想問您幾個關於您的健康變化的問題。

8.跟一年前相比，您如何評估自己目前的身體健康情形？

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

9.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）？

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

之前我們曾請您指出您在日常活動中是否受限制。現在我們想再問幾個這方面的問題。

10.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？

a.洗澡

- 1  否，沒有困難
- 2  是，有困難
- 3  無法做這項活動

b.穿衣

- 1  否，沒有困難
- 2  是，有困難
- 3  無法做這項活動

c.吃飯

- 1  否，沒有困難
- 2  是，有困難
- 3  無法做這項活動

d. 坐到椅子上或站起來

- 1  否，沒有困難  
2  是，有困難  
3  無法做這項活動

e. 走路

- 1  否，沒有困難  
2  是，有困難  
3  無法做這項活動

f. 上廁所

- 1  否，沒有困難  
2  是，有困難  
3  無法做這項活動

現在我們要問幾個關於特定疾病的問題。

11. 您是否失明，或是即使戴眼鏡也很難看清楚？

- 1  是  
2  否

12. 您是否耳聾，或是即使戴上助聽器，也很難聽清楚？

- 1  是  
2  否

13. 因為身體、精神或情緒狀況，您是否很難集中注意力、記憶或做決定？

- 1  是  
2  否

14. 因為身體、精神或情緒狀況，您是否很難獨自出門辦事，例如看醫生或買東西？

- 1  是  
2  否

15. 在上個月，記憶問題多常干擾您的日常生活？

- 1  每天（一週 7 天）  
2  大部分日子（一週 5-6 天）  
3  有幾天（一週 2-4 天）  
4  很少（一週一次或更少）  
5  從來沒有

**醫生是否曾經告訴您有：**

16. 高血壓

- 1  是  
2  否

17. 心絞痛或冠狀動脈疾病

- 1  是  
2  否

18. 充血性心臟衰竭

- 1  是  
2  否

19. 心肌梗塞或心臟病發作

- 1  是  
2  否

20. 其他心臟病，例如心臟瓣膜病或心律不整

- 1  是  
2  否

21. 中風

- 1  是  
2  否

22.肺氣腫或氣喘或 COPD（慢性阻塞性肺病）

- 1  是  
2  否

23.克羅恩病、潰瘍性結腸炎或發炎性腸道疾病

- 1  是  
2  否

24.骨質疏鬆症，有時稱為骨質薄弱或易脆

- 1  是  
2  否

25.糖尿病、高血糖或糖尿

- 1  是  
2  否

26.憂鬱症

- 1  是  
2  否

27.任何癌症（除皮膚癌之外）

- 1  是 → 請回答第 28 題  
2  否 → 請回答第 29 題

28.您目前有沒有接受以下癌症的治療：

a.結腸或直腸癌

- 1  是  
2  否

b.肺癌

- 1  是  
2  否

c.乳癌

- 1  是  
2  否

d.前列腺癌

- 1  是  
2  否

e.其他癌症（除皮膚癌之外）

- 1  是  
2  否

29.在過去 7 天來，疼痛對您的正常活動產生多少干擾？

- 1  完全沒有影響  
2  有一點  
3  中等程度  
4  相當大  
5  非常大

30.在過去 7 天來，疼痛多常讓您無法與別人往來？

- 1  從來沒有  
2  很少  
3  有時如此  
4  經常  
5  總是如此

31.在過去 2 週來，您多常因為以下任何問題感到困擾？

a. 對於做事情沒有興趣或不喜歡

- 1  完全沒有影響  
2  有幾天  
3  一半時間以上  
4  幾乎每天

b. 感到消沉、憂鬱或無望

- 1  完全沒有影響  
2  有幾天  
3  一半時間以上  
4  幾乎每天

32.一般來說，比起其他同齡的人，您覺得您的健康狀況：

- 1  極好  
2  很好  
3  不錯  
4  尚可  
5  很差

33.許多人都有漏尿的經驗，也稱為尿失禁。在過去六個月中，您曾經有漏尿嗎？

- 1  是 →請回答第 34 題  
2  否 →請回答第 37 題

34.在過去六個月來，您多常因為漏尿而改變日常活動或干擾您的睡眠？

- 1  很多  
2  有一點  
3  完全沒有

35.您是否曾經和醫生、護士或其他醫療專業人員討論過漏尿？

- 1  是  
2  否

36.有很多方法可以控制或管理漏尿，包括膀胱訓練運動、藥物治療和手術治療。您是否曾經和醫生、護士或其他醫療專業人員討論過這些方法？

- 1  是  
2  否

37.在過去 12 個月來，您曾經和醫生或其他醫護人員談過運動或體力活動量嗎？例如，醫生或其他醫護人員可能問您是否定期鍛煉身體或參加體力活動。

- 1  是 →請回答第 38 題  
2  否 →請回答第 38 題  
3  我在過去 12 個月沒有去看醫生 →請回答第 39 題

38.在過去 12 個月來，您的醫生或其他醫護人員是否建議您開始、增加或保持您的運動量或體力活動？例如，為了增進您的健康，他們可能建議您開始走樓梯，每天從走路 10 分鐘增加到 20 分鐘，或是維持目前的鍛煉計劃。

- 1  是  
2  否

39.跌倒是您的身體在沒有被推的情況下自動倒在地上。在過去 12 個月來，您是否曾和您的醫生或其他醫護人員談過跌倒、平衡或走路的問題？

- 1  是  
2  否  
3  我在過去 12 個月中沒有去看醫生

40.在過去 12 個月來，您曾經跌倒過嗎？

- 1  是  
2  否

41.在過去 12 個月來，您有平衡或走路的問題嗎？

- 1  是  
2  否

42.您的醫生或其他醫護人員有採取什麼方法來防止您跌倒或治療您的平衡或走路的問題嗎？其中一些例子包括：

- 建議您使用柺杖或助步器。
- 建議您做鍛練或參加物理治療計劃。
- 建議視力或聽力檢查。

- 1  是  
2  否  
3  我在過去 12 個月中沒有去看醫生

43.在過去一個月來，您在晚上實際睡了幾小時？（這可能是不同於您在床上的時間。）

- 1  不到 5 小時  
2  5 - 6 小時  
3  7 - 8 小時  
4  9 小時或以上

44.在過去一個月來，您如何評估整體的睡眠品質？

- 1  很好  
2  還好  
3  有點差  
4  很差

45.您的體重大約是幾磅？

磅

46.您沒穿鞋時的身高大約是幾英呎幾英吋？請用英呎及英吋來回答，例如：5 英呎 00 英吋，或是 5 英呎 4 英吋（如果是 1/2 英吋，請四捨五入）。

英呎  英吋

47.您是男性還是女性？

- 1  男性  
2  女性

48.您是西語裔、拉丁裔及（或）西班牙裔嗎？（可選一項或多項）

- 1  否，不是西語裔、拉丁裔及（或）西班牙裔  
2  是，墨西哥人、墨西哥裔美國人  
3  是，波多黎各人  
4  是，古巴人  
5  是，其他西語裔、拉丁裔及（或）西班牙裔

49.您的種族是什麼？（可選一項或多項）

- 01  白人  
02  黑人或非裔美國人  
03  美國印地安人或阿拉斯加原住民  
04  印度人  
05  華人  
06  菲律賓人  
07  日本人  
08  韓國人  
09  越南人  
10  其他亞裔  
11  夏威夷原住民  
12  關島人或查摩洛人  
13  薩摩亞人  
14  其他太平洋島民

50.您在家裡**主要**說什麼語言？

- 1  英語
  - 2  西班牙語
  - 3  中文
  - 4  俄語
  - 7  另一種語言（請指明）
- 

51.您的婚姻狀態是什麼？

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

52.您最高的學歷或教育程度是什麼？

- 1  八年級或以下
- 2  中學肄業
- 3  中學畢業或同等學歷（GED）
- 4  大學肄業或兩年大專學位
- 5  四年大學畢業
- 6  四年大學畢業以上

53.您是獨居還是與人同住？（可選一項或多項）

- 1  獨居
- 2  與配偶 / 伴侶同住
- 3  與子女或其他親戚同住
- 4  與非親戚同住
- 5  和收費的看護人同住

54.您住在哪裡？

- 1  獨棟房屋、公寓、共渡公寓或活動房屋 → **請回答第 55 題**
- 2  輔助生活設施或看護之家 → **請回答第 55 題**
- 3  療養院 → **請回答第 56 題**
- 4  其他 → **請回答第 56 題**

55.您目前所住的房屋或公寓是：

- 1  屬於您或由您購買
- 2  屬於您家裏的其他人或由他們購買
- 3  用租金租住
- 4  不屬於您或您家人，但是可以免租金居住
- 5  以上皆非

56.誰填寫了這份問卷調查？

- 1  問卷對象本人 → **請停筆**
- 2  問卷對象的家人或親屬 → **請回答第 57 題**
- 3  問卷對象的朋友 → **請回答第 57 題**
- 4  問卷對象的專業看護人 → **請回答第 57 題**

57.是否有人幫您填寫這份問卷？如果是請寫下那個人的姓名。

**請不要**填寫問卷署名者的姓名。

請以**正楷**書寫。

名： \_\_\_\_\_

姓： \_\_\_\_\_

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]。