

HCAHPS 意見調查

問卷指示

- ◆ 您是信函中所述之醫院的住院病患才可以填寫此問卷。如果您不是，請勿作答。
- ◆ 請回答所有的問題。作答時，請在問題左邊的方格內打勾。
- ◆ 有時問卷會要求您跳過一些問題。這種情況發生時，您會看到箭頭並註明下一個該回答的問題，如：
 - 是
 - 否 → 如回答否，請跳到#1

您也許注意到了此問卷上的號碼。此號碼是讓我們知道您是否已回覆了問卷，而我們就不必再寄信提醒您。

請注意：問卷中 1-22 題是屬於測量醫院照顧品質的全國性計劃的一部份。OMB #0938-0981 (到期日 未定)

請針對印在信函上所列的醫院回答下列問題。不要牽涉其他您住過的醫院。

護士對您的護理

1. 此次住院期間，護士是否常以禮貌和尊重對待您？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

2. 此次住院期間，護士是否常細心聆聽您說話？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

3. 此次住院期間，護士是否常用您聽得懂的方式來向您解釋事務？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

4. 此次住院期間，在您按過求助鈴之後，是否常能得到所需要的及時協助？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此
- 我從未按過求助鈴

醫生對您的醫護

5. 此次住院期間，醫生是否常以禮貌和尊重對待您？
- 1 從未如此
2 有時如此
3 時常如此
4 總是如此
6. 此次住院期間，醫生是否常細心聆聽您說話？
- 1 從未如此
2 有時如此
3 時常如此
4 總是如此
7. 此次住院期間，醫生是否常用您聽得懂的方式來向您解釋事務？
- 1 從未如此
2 有時如此
3 時常如此
4 總是如此

醫院的環境

8. 此次住院期間，您的病房及衛浴設備是否經常保持乾淨清潔？
- 1 從未如此
2 有時如此
3 時常如此
4 總是如此
9. 此次住院期間，您的病房周圍是否晚上經常很安靜？
- 1 從未如此
2 有時如此
3 時常如此
4 總是如此

您住這醫院的經驗

10. 此次住院期間，您曾需要醫生，護士或其他醫院員工來協助您使用廁所或床上尿便盆嗎？
- 1 是
2 否 → 如回答否，請跳到#12
11. 在您需要使用廁所或床上尿便盆時，您是否常能及時得到協助？
- 1 從未如此
2 有時如此
3 時常如此
4 總是如此
12. 此次住院期間，是否有人給您以前從沒有使用過的藥物？
- 1 是
2 否 → 如回答否，請跳到#15
13. 在提供您新藥之前，醫院員工是否告訴您新藥的功能為何？
- 1 從未如此
2 有時如此
3 時常如此
4 總是如此
14. 在給您新藥之前，醫院員工是否用您能了解的方式來解釋有關藥物可能產生的副作用？
- 1 從未如此
2 有時如此
3 時常如此
4 總是如此

您離開醫院以後

15. 您離開醫院以後是否直接回家，還是到別人的家裏或是進入另一個醫護機構？
- ¹ 自己的家
² 別人的家
³ 另一個醫護機構 → 如回答另一個醫護機構，請跳到 #18
16. 住院時，您的醫生、護士或其他員工有沒有與您談論出院後是否會獲得所需要的協助？
- ¹ 是
² 否
17. 此次住院期間，您是否得到書面資料來解釋有關您離開醫院以後應如何觀察病狀或健康的問題？
- ¹ 是
² 否

醫院整體評分

請針對印在信函上所列的醫院回答下列問題。不要牽涉其他您住過的醫院。

18. 請用下列0到10中任何一個數字評價。0是最差醫院，10是最佳醫院。您認為那一個數字最能代表您對此醫院的評價？
- ⁰ 0 最差醫院
¹ 1
² 2
³ 3
⁴ 4
⁵ 5
⁶ 6
⁷ 7
⁸ 8
⁹ 9
¹⁰ 10 最佳醫院
19. 您是否會向您的朋友和家人推薦這間醫院？
- ¹ 絕不會
² 也許不會
³ 可能會
⁴ 絕對會

瞭解您離開醫院後的照護

20. 此次住院期間，醫護人員在決定我離開醫院所需的醫療照護時，考慮到我本人、家人或看護者的喜好。
- 1 強烈不同意
2 不同意
3 同意
4 強烈同意
21. 當我離開醫院時，我充分理解我對於管理自己健康應該負責的事項。
- 1 強烈不同意
2 不同意
3 同意
4 強烈同意
22. 當我離開醫院時，我清楚瞭解服用每種藥物的目的。
- 1 強烈不同意
2 不同意
3 同意
4 強烈同意
5 我離開醫院時未得到任何藥物

有關您個人

下面只剩下幾個問題。

23. 此次住院期間，您是透過急診室而住進醫院的嗎？
- 1 是
2 否

24. 概括而言，您對個人整體的健康作如何評價？

- 1 特佳
2 甚好
3 好
4 可以
5 差

25. 概括而言，您對個人整體的精神或情緒健康作如何評價？

- 1 特佳
2 甚好
3 好
4 可以
5 差

26. 您完成了下列那一項最高學業或學位？

- 1 八年級或以下
2 一些高中，但沒有畢業
3 高中畢業或有同等學業文憑
4 一些大學或二年制學位
5 四年大學畢業
6 四年大學畢業以上

27. 您是西班牙裔、西語族裔、或拉丁裔嗎？

- 1 否，非西班牙人、西裔、拉丁裔
2 是，波多黎各裔
3 是，墨裔、墨裔美人、美國出生的墨裔美人
4 是，古巴人
5 是，其他西班牙人、西裔、拉丁裔

28. 您屬於哪一種族？請選一個或一個以上的回答。

- 1 白種人
- 2 黑種人，非裔美人
- 3 亞洲人
- 4 夏威夷原住民或其他太平洋島民
- 5 美洲印第安人或阿拉斯加原住民

29. 您在家說的主要語言是什麼？

- 1 英語
- 2 西班牙語
- 3 中文
- 4 俄語
- 5 越南語
- 6 葡萄牙
- 7 德語
- 9 一些其他語言（請正楷填寫）：

謝謝您

請將填妥的問卷放入已付郵資的信封內寄回。

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

第 1-19 題及 23-29 題是 HCAHPS 的部分問卷，也是美國政府的工作。這些 HCAHPS 問題都屬於公有領域，因此不受美國版權法管轄。Care Transitions Measure®（過渡照護衡量）的三個問題（第 20-22 題）的版權屬於 Eric A. Coleman, MD, MPH。保留所有權利。

HCAHPS 意見調查

問卷指示

- ◆ 您是信函中所述之醫院的住院病患才可以填寫此問卷。如果您不是，請勿作答。
- ◆ 回答所有的問題時，請將答案左邊的圓圈塗滿。
- ◆ 有時問卷會要求您跳過一些問題。這種情況發生時，您會看到箭頭並註明下一個該回答的問題，如：
 - 是
 - 否 → 如回答否，請跳到#1

您也許注意到了此問卷上的號碼。此號碼是讓我們知道您是否已回覆了問卷，而我們就不必再寄信提醒您。

請注意：問卷中 1-22 題是屬於測量醫院照顧品質的全國性計劃的一部份。OMB #0938-0981 (到期日 未定)

請針對印在信函上所列的醫院回答下列問題。不要牽涉其他您住過的醫院。

護士對您的護理

1. 此次住院期間，護士是否常以禮貌和尊重對待您？
 - 從未如此
 - 有時如此
 - 時常如此
 - 總是如此
2. 此次住院期間，護士是否常細心聆聽您說話？
 - 從未如此
 - 有時如此
 - 時常如此
 - 總是如此

3. 此次住院期間，護士是否常用您聽得懂的方式來向您解釋事務？
 - 從未如此
 - 有時如此
 - 時常如此
 - 總是如此
4. 此次住院期間，在您按過求助鈴之後，是否常能得到所需要的及時協助？
 - 從未如此
 - 有時如此
 - 時常如此
 - 總是如此
 - 我從未按過求助鈴

醫生對您的醫護

5. 此次住院期間，醫生是否常以禮貌和尊重對待您？
- 10 從未如此
20 有時如此
30 時常如此
40 總是如此
6. 此次住院期間，醫生是否常細心聆聽您說話？
- 10 從未如此
20 有時如此
30 時常如此
40 總是如此
7. 此次住院期間，醫生是否常用您聽得懂的方式來向您解釋事務？
- 10 從未如此
20 有時如此
30 時常如此
40 總是如此

醫院的環境

8. 此次住院期間，您的病房及衛浴設備是否經常保持乾淨清潔？
- 10 從未如此
20 有時如此
30 時常如此
40 總是如此

9. 此次住院期間，您的病房周圍是否晚上經常很安靜？
- 10 從未如此
20 有時如此
30 時常如此
40 總是如此

您住這醫院的經驗

10. 此次住院期間，您曾需要醫生，護士或其他醫院員工來協助您使用廁所或床上尿便盆嗎？
- 10 是
20 否 → 如回答否，請跳到#12
11. 在您需要使用廁所或床上尿便盆時，您是否常能及時得到協助？
- 10 從未如此
20 有時如此
30 時常如此
40 總是如此
12. 此次住院期間，是否有人給您以前從沒有使用過的藥物？
- 10 是
20 否 → 如回答否，請跳到#15
13. 在提供您新藥之前，醫院員工是否告訴您新藥的功能為何？
- 10 從未如此
20 有時如此
30 時常如此
40 總是如此

14. 在給您新藥之前，醫院員工是否用您能了解的方式來解釋有關藥物可能產生的副作用？

- ¹0 從未如此
²0 有時如此
³0 時常如此
⁴0 總是如此

您離開醫院以後

15. 您離開醫院以後是否直接回家，還是到別人的家裏或是進入另一個醫護機構？

- ¹0 自己的家
²0 別人的家
³0 另一個醫護機構 → 如回答另一個醫護機構，請跳到 #18

16. 住院時，您的醫生、護士或其他員工有沒有與您談論出院後是否會獲得所需要的協助？

- ¹0 是
²0 否

17. 此次住院期間，您是否得到書面資料來解釋有關您離開醫院以後應如何觀察病狀或健康的問題？

- ¹0 是
²0 否

醫院整體評分

請針對印在信函上所列的醫院回答下列問題。不要牽涉其他您住過的醫院。

18. 請用下列0到10中任何一個數字評價。0是最差醫院，10是最佳醫院。您認為那一個數字最能代表您對此醫院的評價？

- ⁰0 0 最差醫院
¹0 1
²0 2
³0 3
⁴0 4
⁵0 5
⁶0 6
⁷0 7
⁸0 8
⁹0 9
¹⁰0 10 最佳醫院

19. 您是否會向您的朋友和家人推薦這間醫院？

- ¹0 絕不會
²0 也許不會
³0 可能會
⁴0 絕對會

瞭解您離開醫院後的照護

20. 此次住院期間，醫護人員在決定我離開醫院所需的醫療照護時，考慮到我本人、家人或看護者的喜好。

- ¹0 強烈不同意
²0 不同意
³0 同意
⁴0 強烈同意

21. 當我離開醫院時，我充分理解我對於管理自己健康應該負責的事項。

- 10 強烈不同意
- 20 不同意
- 30 同意
- 40 強烈同意

22. 當我離開醫院時，我清楚瞭解服用每種藥物的目的。

- 10 強烈不同意
- 20 不同意
- 30 同意
- 40 強烈同意
- 50 我離開醫院時未得到任何藥物

有關您個人

下面只剩下幾個問題。

23. 此次住院期間，您是透過急診室而住進醫院的嗎？

- 10 是
- 20 否

24. 概括而言，您對個人整體的健康作如何評價？

- 10 特佳
- 20 甚好
- 30 好
- 40 可以
- 50 差

25. 概括而言，您對個人整體的精神或情緒健康作如何評價？

- 10 特佳
- 20 甚好
- 30 好
- 40 可以
- 50 差

26. 您完成了下列那一項最高學業或學位？

- 10 八年級或以下
- 20 一些高中，但沒有畢業
- 30 高中畢業或有同等學業文憑
- 40 一些大學或二年制學位
- 50 四年大學畢業
- 60 四年大學畢業以上

27. 您是西班牙裔、西語族裔、或拉丁裔嗎？

- 10 否，非西班牙人、西裔、拉丁裔
- 20 是，波多黎各裔
- 30 是，墨裔、墨裔美人、美國出生的墨裔美人
- 40 是，古巴人
- 50 是，其他西班牙人、西裔、拉丁裔

28. 您屬於哪一種族？請選一個或一個以上的回答。

- 10 白種人
- 20 黑種人，非裔美人
- 30 亞洲人
- 40 夏威夷原住民或其他太平洋島民
- 50 美洲印第安人或阿拉斯加原住民

29. 您在家說的主要語言是什麼？

¹0 英語

²0 西班牙語

³0 中文

⁴0 俄語

⁵0 越南語

⁶0 葡萄牙

⁷0 德語

⁹0 一些其他語言（請正楷填寫）：

謝謝您

請將填妥的問卷放入已付郵資的信封內寄回。

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING
HOSPITAL]**

第 1-19 題及 23-29 題是 HCAHPS 的部分問卷，也是美國政府的工作。這些 HCAHPS 問題都屬於公有領域，因此不受美國版權法管轄。Care Transitions Measure[®]（過渡照護衡量）的三個問題（第 20-22 題）的版權屬於 Eric A. Coleman, MD, MPH。保留所有權利。

Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE, ZIP]

親愛的 [SAMPLED PATIENT NAME]:

我們的資料顯示您最近是[NAME OF HOSPITAL]的病人，在[DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]出院。因為您最近住過院，所以我們懇請您幫個忙。這份意見調查屬於全國性計劃的一部份，該計劃針對與消費者相關的重大議題 – 醫院照顧方面提供具體的比較。醫院評估結果會向大眾公佈並在網站 www.medicare.gov/hospitalcompare 上供查詢。這些結果能幫助消費者在醫院照顧方面做重要的抉擇，同時也能幫助醫院改善所提供的照顧。

附上的意見調查 1-22 題是測量醫院照顧品質的全國性計劃的一部份，此計劃由 **United States Department of Health and Human Services** 贊助。您的參與屬自願性質，不會影響您的醫療福利。

我們希望您能撥冗完成這份調查。非常謝謝您的參與。當您填完這份問卷後，請放入已付郵資的回郵信封寄回。您的回答可能會被醫院不同單位共用以便改進品質。[OPTIONAL: 您也許注意到了此問卷上的號碼。此號碼是讓我們知道您是否已回覆了問卷，而我們就不必再寄信提醒您。]

如果您對隨附的調查有任何問題，請撥打免費電話 1-800-xxx-xxxx。謝謝您幫助我們改善對大眾的健康照顧。

謹此，

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only, and Mixed Mode sections, for specific letter guidelines.

Sample Follow-Up Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE, ZIP]

親愛的 [SAMPLED PATIENT NAME]:

我們的資料顯示您最近是 [NAME OF HOSPITAL] 的病人，在 [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)] 出院。大約三個星期前我們寄給您一份有關您住院的調查。如果您已經寄還給我們，請接受我們的謝意，並請不要繼續讀這封信。但是如果您尚未完成這份調查的話，請現在花幾分鐘時間填寫。

因為您最近住過院，所以我們懇請您幫個忙。這份意見調查屬於全國性計劃的一部份，該計劃針對與消費者相關的重大議題 — 醫院照顧方面提供具體的比較。醫院評估結果會向大眾公佈並在網站 www.medicare.gov/hospitalcompare 上供查詢。這些結果能幫助消費者在醫院照顧方面做重要的抉擇，同時也能幫助醫院改善所提供的照顧。

附上的意見調查 1-22 題是測量醫院照顧品質的全國性計劃的一部份，此計劃由 **United States Department of Health and Human Services** 贊助。您的參與屬自願性質，不會影響您的醫療福利。請花幾分鐘填完附上的調查。當您填完這份問卷後，請放入已付郵資的回郵信封寄回。您的回答可能會被醫院不同單位共用以便改進品質。[*OPTIONAL*: 您也許注意到了此問卷上的號碼。此號碼是讓我們知道您是否已回覆了問卷，而我們就不必再寄信提醒您。]

如果您對隨附的調查有任何問題，請撥打免費電話 1-800-xxx-xxxx。謝謝您幫助我們改善對大眾的健康照顧。

謹此，

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only, and Mixed Mode sections, for specific letter guidelines.

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the survey mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The following is the language that should be used:

Chinese Version

“根據 1995 年減低公文法案(Paperwork Reduction Act)，除非資料收集文件附有正式的 OMB 號碼，任何人都無須對此類文件作出回應。這份資料收集文件的正式 OMB 號碼是 0938-0981 (到期日 未定)。完成這份資料收集中 1-22 題所需的時間估計是平均 7 分鐘，這包括閱讀指示的時間、查詢現有數據來源、收集所需資料及完成並檢查填寫的資料。如果您對估計時間的準確性有任何指教或有改進本表格的建議，請寫信到：Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.”

