

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 1-29 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 2024 年 9 月 30 日)

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？

- 1 從未如此
- 2 有時如此
- 3 時常如此
- 4 總是如此

2. 此次住院期間，護士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

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？

- 1 從未如此
- 2 有時如此
- 3 時常如此
- 4 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？

- 1 從未如此
- 2 有時如此
- 3 時常如此
- 4 總是如此
- 9 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）：

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).

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 1-29 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 2024 年 9 月 30 日)

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？
 10 從未如此
 20 有時如此
 30 時常如此
 40 總是如此
2. 此次住院期間，護士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

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？
 10 從未如此
 20 有時如此
 30 時常如此
 40 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？
 10 從未如此
 20 有時如此
 30 時常如此
 40 總是如此
 90 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）：

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).

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。

隨附的意見調查是為了瞭解病人對醫院照顧品質的看法。意見調查中的問題 1-29 是由美國衛生及公共服務部（United States Department of Health and Human Services）贊助。回答這些問題大約需要 7 分鐘。

您的參與純屬自願，您的回答也會保密。您的信息將有助於改善醫院提供的護理，並幫助其他人選擇醫院。關於醫院的調查結果將在網站上向大眾公佈www.medicare.gov/care-compare。

當您填完這份問卷後，請放入已付郵資的回郵信封寄回。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。

我們非常感謝您在改善醫院照顧方面提供的幫助。

謹此，

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

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。我們在幾週前曾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。

隨附的意見調查是為了瞭解病人對醫院照顧品質的看法。意見調查中的問題 1-29 是由美國衛生及公共服務部（United States Department of Health and Human Services）贊助。回答這些問題大約需要 7 分鐘。

您的參與純屬自願，您的回答也會保密。您的信息將有助於改善醫院提供的護理，並幫助其他人選擇醫院。關於醫院的調查結果將在網站上向大眾公佈 www.medicare.gov/care-compare。

當您填完這份問卷後，請放入已付郵資的回郵信封寄回。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。

我們非常感謝您在改善醫院照顧方面提供的幫助。

謹此，

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Survey and Cover Letter Required Language

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must appear verbatim either on the front or back of the questionnaire (preferred) or cover letter, but cannot be a separate mailing. The following is the language that must be used:

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 2024 年 9 月 30 日)。完成這份資料收集中 1-29 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。

Mandatory Transition Statement if Supplemental Items Are Added

The mandatory transition statement must be placed in the questionnaire immediately before the supplemental question(s) to indicate a transition from the HCAHPS questions (Questions 1-29) to the hospital-specific supplemental question or questions.

The following statement must be placed immediately before the addition of a single supplemental question:

本問卷調查中的問題 1-29 來自美國衛生及公共服務部(U.S. Department of Health and Human Services)，用於品質測量。接下來的問題來自 [NAME OF HOSPITAL]，用於收集有關您住院情況的更多反饋，且不會與美國衛生及公共服務部分享。

The following statement must be placed immediately before the addition of more than one supplemental question:

本問卷調查中的問題 1-29 來自美國衛生及公共服務部(U.S. Department of Health and Human Services)，用於品質測量。隨後的問題來自 [NAME OF HOSPITAL]，用於匯集您對於住院的更多反饋意見，且不會與美國衛生及公共服務部分享。

Unique Identifier Language

The following language indicates the purpose of the unique identifier. This language must be printed either immediately after the survey instructions on the questionnaire (preferred) or on the cover letter, and may appear on both:

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。

Copyright Statement

The following copyright statement must be included on the questionnaire, preferably on the last page:

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。

Reply-by Date (Optional)

*The following two options are available for adding a reply-by date to the **follow-up cover letter**.*

Placed above the salutation, such as:

請回复: [DATE (mm/dd/yyyy)].

In the fourth paragraph after the sentence, “After you have completed the survey, please return it in the enclosed pre-paid envelope.” An example of allowable reply-by text includes:

請填寫隨附的調查表，並在 [DATE (mm/dd/yyyy)] 之前寄出。請將填妥的問卷放入已付郵資的信封內寄回。