

# 醫院體驗問卷調查

## 問卷指示

- ◆ 此份問卷調查詢問您在問卷說明函中所列的醫院的住院及您所得到的醫療服務等情況。
- ◆ 請回答所有問題，並勾選答案左邊的方格。
- ◆ 本問卷中有些題目您無需作答。出現這個情況時，您會看到一個箭頭指向下一個要回答的問題，如下所示：

- 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 1-32 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2027年11月30日)

請針對印在信函上所列的醫院回答下列問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

### 醫生對您的醫護

4. 此次住院期間，醫生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
5. 此次住院期間，醫生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

6. 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？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

### 醫院的環境

7. 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？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

8. 此次住院期間，您是否經常能得到所需的休息？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 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？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

### 這家醫院對您提供的醫療服務

10. 此次住院期間，醫生、護士及其他醫院人員是否經常告知您有關您的療護情形並且隨時讓您知道最新狀況？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

11. 此次住院期間，醫生、護士及其他醫院工作人員是否經常能合作無間地照護您？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

12. 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？

- 是
- 否 → 如回答否，請跳到 #14

13. 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？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

14. 在住院期間，當您要求立即獲得幫助時，您能夠獲得所需的幫助嗎？
- 從未如此
  - 有時如此
  - 時常如此
  - 總是如此
  - 我從來都沒有要求立即協助
15. 此次住院期間，是否有人給您以前從沒有使用過的藥物？
- 是
  - 否 → 如果「否」，請跳至第18題
16. 在提供您新藥之前，醫院員工是否告訴您新藥的功能為何？
- 從未如此
  - 有時如此
  - 時常如此
  - 總是如此
17. 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？
- 從未如此
  - 有時如此
  - 時常如此
  - 總是如此
18. 此次住院期間，醫生、護士及其他醫院人員是否有協助您休息與復原？
- 有，非常積極
  - 有，一點點
  - 沒有

## 出院

19. 醫生、護士或其他醫院人員是否與您及您的家人或照護者共同為您制定出院後的照護計劃？
- 有，非常積極
  - 有，一點點
  - 沒有
20. 醫生、護士或醫院人員是否對您的家人或照護者，提供有關您出院後必須注意的症狀或健康問題方面的足夠資訊？
- 有，非常積極
  - 有，一點點
  - 沒有
  - 我沒有能幫忙注意症狀或健康問題的家人或看護
21. 在出院之後您是直接回家？去別人家？還是去住另外一家醫療機構？
- 自己的家
  - 別人家
  - 另一個醫護機構 → 如回答另一個醫護機構，請跳到 #24
22. 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？
- 是
  - 否

23. 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？

- 是  
 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。

24. 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 最差醫院  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10 最佳醫院

25. 您是否會向您的朋友和家人推薦這間醫院？

- 絕不會  
 也許不會  
 可能會  
 絕對會

### 有關您個人

下面只剩下幾個問題。

26. 這次住院是事前規劃好的？

- 有，非常積極  
 有，一點點  
 沒有

27. 概括而言，您對個人整體的健康作如何評價？

- 特佳  
 甚好  
 好  
 可以  
 差

28. 概括而言，您對個人整體的精神或情緒健康作如何評價？

- 特佳  
 甚好  
 好  
 可以  
 差

29. 您在家裡主要說哪一個語言？

- 英語  
 西班牙文  
 中文  
 其他語言

30. 您完成了下列那一項最高學業或學位？

- 八年級或以下
- 就讀高中,但沒有畢業
- 高中畢業或有同等學業文憑
- 大學肄業或兩年制學位
- 四年大學畢業
- 四年大學畢業以上

31. 您是西班牙裔、西語族裔、或拉丁裔嗎？

- 否, 非西班牙人 / 西班牙語裔 / 拉丁裔
- 是, 古巴人
- 是, 墨裔、墨裔美人、美國出生的墨裔美人
- 是, 波多黎各裔
- 是, 其他西班牙人、西裔、拉丁裔

32. 您屬於哪一種族？請選一個或一個以上的回答。

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

*NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, 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]

本問卷調查中的第 1-32 題為美國政府的問卷調查，因此屬於公共領域，故不受美國著作權法管轄。



# 醫院體驗問卷調查

## 問卷指示

- ◆ 此份問卷調查詢問您在問卷說明函中所列的醫院的住院及您所得到的醫療服務等情況。
- ◆ 請回答所有問題，並將答案左邊的圓圈塗滿。
- ◆ 本問卷中有些題目您無需作答。出現這個情況時，您會看到一個箭頭指向下一個要回答的問題，如下所示：

- 是  
 否 → 如回答「否」，請跳至第 1 題

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 1-32 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2027年11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？  
 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

### 醫生對您的醫護

4. 此次住院期間，醫生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
5. 此次住院期間，醫生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

6. 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？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

### 醫院的環境

7. 此次住院期間，您的病房及衛浴設備是否時常保持乾淨清潔？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

8. 此次住院期間，您是否時常能得到所需的休息？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

9. 此次住院期間，您的病房周圍是否晚上時常很安靜？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

### 這家醫院對您提供的醫療服務

10. 此次住院期間，醫生、護士及其他醫院人員是否時常告知您有關您的療護情形並且隨時讓您知道最新狀況？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

11. 此次住院期間，醫生、護士及其他醫院工作人員是否時常能合作無間地照護您？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

12. 此次住院期間，您會需要醫生，護士或其他醫院員工來協助您使用廁所或床上尿便盆嗎？

- 是
- 否 → 如回答「否」，請跳至第 14 題

13. 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？

- 從未如此
- 有時如此
- 時常如此
- 總是如此

14. 在住院期間，當您要求立即獲得幫助時，您能夠獲得所需的幫助嗎？
- 從未如此
  - 有時如此
  - 時常如此
  - 總是如此
  - 我從來都沒有要求立即協助
15. 此次住院期間，是否有人給您以前從沒有使用過的藥物？
- 是
  - 否 → 如回答「否」，請跳至第 18 題
16. 在提供您新藥之前，醫院員工是否告訴您新藥的功能為何？
- 從未如此
  - 有時如此
  - 時常如此
  - 總是如此
17. 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？
- 從未如此
  - 有時如此
  - 時常如此
  - 總是如此
18. 此次住院期間，醫生、護士及其他醫院人員是否有協助您休息與復原？
- 有，非常積極
  - 有，一點點
  - 沒有

## 出院

19. 醫生、護士或其他醫院人員是否與您及您的家人或照護者共同為您制定出院後的照護計劃？
- 有，非常積極
  - 有，一點點
  - 沒有
20. 醫生、護士或醫院人員是否對您的家人或照護者，提供有關您出院後必須注意的症狀或健康問題方面的足夠資訊？
- 有，非常積極
  - 有，一點點
  - 沒有
  - 我沒有能幫忙注意症狀或健康問題的家人或看護
21. 在出院之後您是直接回家？去別人家？還是去住另外一家醫療機構？
- 自己的家
  - 別人的家
  - 另一個醫護機構 → 如回答另一個醫護機構，請跳到第 24 題
22. 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？
- 是
  - 否

23. 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？

- 是
- 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。

24. 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 最差的醫院
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 最佳醫院

25. 您是否會向您的朋友和家人推薦這間醫院？

- 絕不會
- 也許不會
- 可能會
- 絕對會

### 有關您個人

下面只剩下幾個問題。

26. 這次住院是事前規劃好的？

- 有，非常積極
- 有，一點點
- 沒有

27. 概括而言，您對個人整體的健康作如何評價？

- 特佳
- 甚好
- 好
- 可以
- 差

28. 概括而言，您對個人整體的精神或情緒健康作如何評價？

- 特佳
- 甚好
- 好
- 可以
- 差

29. 您在家裡主要說哪一個語言？

- 英語
- 西班牙文
- 中文
- 其他語言

30. 您完成了下列那一項最高學業或學位？

- 八年級或以下
- 就讀高中，但沒有畢業
- 高中畢業或有同等學歷文憑
- 大學肄業或兩年制學位
- 四年大學畢業
- 四年大學畢業以上

31. 您是西班牙裔、西語族裔、或拉丁裔嗎？

- 否，非西班牙人／西班牙語裔 / 拉丁裔
- 是，古巴人
- 是，墨裔、墨裔美人、美國出生的墨裔美人
- 是，波多黎各裔
- 是，其他西班牙人／西裔／拉丁裔

32. 您屬於哪一種族？請選一個或一個以上的回答。

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

*NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, 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]

本問卷調查中的第 1-32 題為美國政府的問卷調查，因此屬於公共領域，故不受美國著作權法管轄。



## Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only** (first survey mailing for all sampled patients)
- **Mail-Phone** (first and only survey mailing for all sampled patients)
- **Web-Mail** (first survey mailing for sampled patients with no email address)
- **Web-Mail-Phone** (first and only survey mailing for sampled patients with no email address)

---

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]  
[ADDRESS]  
[CITY, STATE ZIP]

親愛的[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]：

我們的資料顯示您最近是 [HOSPITAL NAME] 的病人，在[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。本問卷調查是由美國衛生與公共服務部（the United States Department of Health and Human Services）贊助，完成調查大約需要 [NUMBER] 分鐘。

您的參與純屬自願，您的回答將被保密。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。您可以在 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 網站上查閱當前的調查結果和醫療護理評級 ([www.medicare.gov/care-compare](https://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(OPTIONAL TO STATE免費電話)：[PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE 或向我們發送電子郵件至 [EMAIL ADDRESS])。

我們非常感謝您在改善醫院照顧方面提供的幫助。

謹此，

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]  
[HOSPITAL NAME]



## Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only** (second survey mailing for sampled patients who did not complete the first mail wave survey)
- **Web-Mail** (first survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey; second survey mailing for sampled patients with or without an email address who did not complete the first mail wave survey)
- **Web-Mail-Phone** (first and only survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey)

---

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

親愛的 [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME] :

我們早前曾詢問您關於在 [NAME OF HOSPITAL] 住院，出院日期是 [MM/DD/YYYY] 的住院調查。如果您已經寄回這份問卷調查，請接受我們的感謝並忽略這封信。但是如果您尚未完成這份調查，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。本問卷調查是由美國衛生與公共服務部（the United States Department of Health and Human Services）贊助，完成調查大約需要 [NUMBER] 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。您可以在 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 網站上查閱當前的調查結果和醫療護理評級 ([www.medicare.gov/care-compare](https://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(OPTIONAL TO STATE免費電話)：[PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE 或向我們發送電子郵件至 [EMAIL ADDRESS])。

我們非常感謝您在改善醫院照顧方面提供的幫助。

謹此，

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]



## Survey and Cover Letter Required Language

For the full set of requirements for the HCAHPS Survey questionnaire and cover letters, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Mail Only, Mail-Phone, Web-Mail and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.

### Verbatim Language on the Cover Letters

The following sentences must appear verbatim on each cover letter:

1. 本問卷調查是由美國衛生與公共服務部（the United States Department of Health and Human Services）贊助，完成調查大約需要 [NUMBER]分鐘。
2. 您的參與純屬自願，您的回答也會保密。
3. 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。您可以在 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 網站上查閱當前的調查結果和醫療護理評級([www.medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare))。
4. 我們非常感謝您對於改善醫院的醫療服務所作出的貢獻。

Note: The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS Survey questions 1-32 should equal “8.” If hospital-specific supplemental items (limit of 12) are added, the [NUMBER] of minutes should be populated as follows:

- If 1 to 5 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “9”
- If 6 to 9 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “10”
- If 10 to 12 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “11”

### 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《減少文書作業法》（Paperwork Reduction Act of 1995），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2027年11月30日）。完成這份資料收集中 1-32 題所需的時間估計是平均 8 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), limit of 12, to indicate a transition from the HCAHPS questions (Questions 1-32) to the hospital-specific supplemental question(s).*

本問卷調查中的問題 1-32 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。其他問題則是來自於 [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。

### **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 last page of the questionnaire:*

本問卷調查中的第 1-32 題為美國政府的問卷調查，因此屬於公共領域，故不受美國著作權法管轄。