

HCAHPS

Web Survey (Chinese)

PROGRAMMING SPECIFICATIONS

HCAHPS Survey Questions:

- *Display only one survey item per web screen*
- *When displayed, “BACK” button appears in the lower left of each web screen*
- *When displayed, “NEXT” button appears in the lower right of each web screen*
- *No changes are permitted to the wording or order of the HCAHPS questions (Questions 1-32) or the response categories*
- *All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.*
- *All questions can be paged through without requiring a response*
- *All questions are programmed to accept only one response, with the exception of Question 32*

Formatting:

- *Use computer programs that are accessible in mobile and computer versions that are 508 compliant, present similarly on different browser applications, browser sizes and platforms (mobile, tablet, computer)*
- *[Square brackets] and UPPERCASE letters are used to show programming and other instructions that must not actually appear on web screens*
- *Every web screen has a shaded header*
- *Every web screen uses a dark, readable font color (black or dark blue) and type (i.e., Arial or Times New Roman)*
- *Font color and size (12-point at a minimum) must be consistent throughout the web survey*
- *No changes are permitted to the formatting or wording of the web screens*
- *Wording that is underlined must be emphasized in the same manner*
- *Only one language (i.e., English, Spanish, etc.) may appear on each web screen throughout the survey*

Welcome Web Screen:

- *Hospital logos may be included on the Welcome web screen; however, other images, tag lines or website links are not permitted*
- *The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS 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”*
- *Display customer support phone number (optional to provide customer support email address)*

OMB Paperwork Reduction Act Language and Copyright Statement:

- *The OMB Paperwork Reduction Act language must be displayed on the Welcome web screen below the survey “START” button*
 - *The OMB language font size must appear smaller than the rest of the text of the Welcome web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*
- *The copyright statement must be displayed on the Thank You web screen below the survey “SUBMIT” button*
 - *The copyright statement font size must appear smaller than the rest of the text of the Thank You web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*

Supplemental Items:

- *A limit of 12 supplemental items may be added to the survey in accordance with the following:*
 - *A mandatory transition statement and header must follow the last HCAHPS question (Question 32)*
 - *Only one supplemental item may be displayed per web screen*
 - *Each supplemental item must display a header. It is optional to repeat the header used for the transition statement as the supplemental item header or use text that aligns with the subject of the item(s). Supplemental item headers must **not** repeat the HCAHPS question headers.*
 - *Each supplemental item must display a “BACK” button in the lower left of each web screen*
 - *Each supplemental item must display a “NEXT” button in the lower right of each web screen*
- *See the Welcome Web Screen instructions above to determine the [NUMBER] of minutes based on the count of supplemental items added*

歡迎參加 醫院體驗問卷調查

請告訴我們有關您最近在[NAME OF HOSPITAL]住院，出院日期是[DATE OF DISCHARGE (MM/DD/YYYY)]的住院體驗。

- 回答這份問卷大於需要[NUMBER]分鐘 [SURVEY VENDOR/HOSPITAL TO SPECIFY NUMBER – SEE PROGRAMMING SPECIFICATIONS FOR WELCOME WEB SCREEN]
- 參與本問卷調查純屬自願
- 回答時，請勿包括任何其他您住過的醫院
- 您可跳過您不想回答的問題
- 您可隨時退出本問卷調查
- 您的答案將會被保密

如果您對本問卷調查有任何疑問，請來電聯絡我們（OPTIONAL TO STATE 免費電話）：**[PHONE NUMBER]** (OPTIONAL TO STATE 或向我們發送電子郵件：**[EMAIL ADDRESS]**)。感謝您！

點擊「開始」即可開始作答。

開始

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。

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

護士對您的護理

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

護士對您的護理

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

醫生對您的醫護

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

醫生對您的醫護

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

醫院的環境

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

醫院的環境

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

這家醫院對您提供的醫療服務

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

這家醫院對您提供的醫療服務

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q12 IS "NO"

- *SKIP TO Q14*
- *STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q13]*

這家醫院對您提供的醫療服務

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

返回上一頁

前往下一頁

這家醫院對您提供的醫療服務

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

返回上一頁

前往下一頁

這家醫院對您提供的醫療服務

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

返回上一頁

前往下一頁

[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q15 IS "NO"

- SKIP TO Q18*
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q16 AND Q17]*

這家醫院對您提供的醫療服務

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

這家醫院對您提供的醫療服務

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

這家醫院對您提供的醫療服務

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

出院

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

出院

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE TO Q21 IS “ANOTHER HEALTH FACILITY”

- SKIP TO Q24

- STORE A VALUE OF “8” FOR NOT APPLICABLE IN Q22 AND Q23]

出院

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

出院

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

醫院整體評分

請根據您住在[HOSPITAL NAME]，且於[DISCHARGE MM/DD/YYYY].出院的體驗回答下列問題。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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

醫院整體評分

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

有關您個人

26. 這次住院是事前規劃好的？

- 有，非常積極
- 有，一點點
- 沒有

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

有關您個人

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

有關您個人

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

有關您個人

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

有關您個人

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

有關您個人

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

有關您個人

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

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

[Q32 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]

[IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED (LIMIT OF 12) THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT INCLUDING THE HEADER MUST BE PLACED **ON A SEPARATE WEB SCREEN** IMMEDIATELY BEFORE THE FIRST SUPPLEMENTAL ITEM WEB SCREEN.]

更多關於您在這家醫院的體驗方面的問題

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。

[返回上一頁](#)

[前往下一頁](#)

感謝您

您已來到本問卷調查結尾部分。如果您已經回答完畢這些問題，請點擊「提交」以結束本調查。感謝您撥冗參與。

[返回上一頁](#)

[提交](#)

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 EMAIL INVITATION

PROGRAMMING SPECIFICATIONS

Use this invitation for the first email to sampled patients with an email address, for the following modes:

- **Web-Mail**
- **Web-Phone**
- **Web-Mail-Phone**

From: [SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS]

To: [SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS]

Subject: 請告訴我們您對[HOSPITAL NAME]的看法

親愛的[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]：

我們想請您填寫一份有關[HOSPITAL NAME]的問卷調查。

若要參與此份問卷調查，請點擊這裡。[PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

本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](http://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)。

如果您對本問卷調查有任何疑問，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，

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

SAMPLE REMINDER EMAIL INVITATION

PROGRAMMING SPECIFICATIONS

Use this invitation for the reminder emails to sampled patients with an email address, for the following modes:

- **Web-Mail (second and third email invitation)**
- **Web-Phone (second and third email invitation)**
- **Web-Mail-Phone (second email invitation)**

From: [SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS]

To: [SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS]

Subject: 請告訴我們您對[HOSPITAL NAME]的看法

親愛的[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]：

我們在幾天前曾向您發送一份電子郵件，請您提供關於[HOSPITAL NAME]的反饋。如果您已經完成此項問卷調查，謹此向您致謝；您可不要理會本訊息。但是如果您尚未完成這份調查，請現在花幾分鐘時間填寫。

若要參與此份問卷調查，請點擊這裡。[PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

本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](http://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)。

如果您對本問卷調查有任何疑問，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，

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

Web Survey and Email Invitation Required Language

For the full set of requirements for the HCAHPS web survey and email invitations, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Web-Mail, Web-Phone and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.

Verbatim Language on the Email Invitations

The following sentences must appear verbatim on each email invitation:

1. *Subject line:* 請告訴我們您對[HOSPITAL NAME]的看法
2. *Initial Email Invitation first sentence:* 我們想請您填寫一份有關[HOSPITAL NAME]的問卷調查。
3. *Reminder Email Invitation first sentence:* 我們在幾天前曾向您發送一份電子郵件，請您提供關於[HOSPITAL NAME]的反饋。
4. 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。
5. 您的參與純屬自願，您的回答也會保密。
6. 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](http://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)。
7. 我們非常感謝您在改善醫院照顧方面提供的幫助。

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 on the Welcome web screen and appear below the survey “START” button. 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 including the header must be placed on a separate web screen immediately before the first supplemental item web screen as follows.

Header:

更多關於您在這家醫院的體驗方面的問題

Statement:

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。

Copyright Statement

The following copyright statement must be displayed on the Thank You web screen and appear below the survey “SUBMIT” button:

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。

Unsubscribe/Opt-out Language (Optional)

An Unsubscribe statement is not required to be included in the email invitations. However, if an Unsubscribe statement is added, it should appear at the bottom of the email invitations as follows:

如果您不希望再收到關於本次住院問卷調查的電子郵件，請點擊「取消訂閱」。

If clicking the Unsubscribe link takes the patient to a new page, that page MUST include the following statement:

我們會將您從未來有關本次住院調查的電子郵件列表中移除。