OMB #: 0938-1066
將於2026年7月31日失效

居家健康护理 CAHPS® 调查问卷

(ALTERNATIVE INSTRUCTIONS, SCANNABLE FORMS)

2025

调查问卷说明

- 通过涂满答案左侧的圆圈，回答所有问题。
- 在本调查问卷中，有时会让您跳过某些问题。当出现这种情况时，您会看到一个箭头和一个说明，告诉您下一步回答什么问题，像这样：

  ● 是 ➔ **如果是，转至第 1 页中的问题 1。**

  ○ 否

您的居家健康护理

1. 根据我们的记录，您曾从居家健康护理机构［**机构名称**］获得护理。是吗？

当您回答本调查问卷中的问题时，仅考虑您从该机构获得护理的经历。

○ 是

○ 否 ➔ **如果否，请停止作答，并用提供的信封将本调查问卷寄回给我们。**

2. 当您第一次开始从该机构获得居家健康护理时，该机构是否有人告诉过您将向您提供什么护理和服务？

○ 是

○ 否

○ 不记得

3. 当您第一次开始从该机构获得居家健康护理时，该机构是否有人**与您讨论**如何布置您的家以便您能安全走动？

○ 是

○ 否

○ 不记得

4. 当您开始从该机构获得居家健康护理时，该机构是否有人与您讨论您在服用的所有**处方和非处方药物**？

○ 是

○ 否

○ 不记得

5. 当您开始从该机构获得居家健康护理时，该机构是否有人要求**查看**您在服用的所有处方和非处方药物？

○ 是

○ 否

○ 不记得

在过去 2 个月内您从居家健康护理提供者那里获得的护理

接下来的这些问题是关于过去 2 个月内为您提供护理的［**机构名称**］的所有工作人员。不包括您从其它居家健康护理机构的工作人员处获得的护理。不包括您从家人或朋友处获得的护理。

6. 在过去 2 个月的护理期间，来自该机构的您的居家健康护理提供者之一是否为护士？

○ 是

○ 否

7. 在过去 2 个月的护理期间，来自该机构的您的居家健康护理提供者之一是否为物理治疗师、职业治疗师或语言治疗师？

○ 是

○ 否

8. 在过去 2 个月的护理期间，来自该机构的您的居家健康护理提供者之一是否为居家健康或个人护理助手？

○ 是

○ 否

9. 在过去 2 个月的护理期间，对于您在家获得的所有护理或治疗，该机构的居家健康护理提供者多经常看起来知情并了解最新情况？

○ 从不

○ 有时

○ 经常

○ 总是

○ 在过去 2 个月的护理期间，我仅有一位提供者

10. 在过去 2 个月的护理期间，您和该机构的一位居家健康护理提供者是否讨论过有关疼痛的问题？

○ 是

○ 否

11. 在过去 2 个月的护理期间，您是否服用任何新的处方药或改变您在服用的任何药物？

○ 是

○ 否 ➔ **如果否，转至问题 15。**

12. 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理提供者是否与您讨论过服用新的处方药或改变处方药的**目的**？

○ 是

○ 否

○ 我**没有**服用任何新的处方药物或改变任何药物

13. 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理提供者是否与您讨论过**何时**服用这些药物？

○ 是

○ 否

○ 我**没有**服用任何新的处方药物或改变任何药物

14. 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理提供者是否与您讨论过这些药物的**副作用**？

○ 是

○ 否

○ 我**没有**服用任何新的处方药物或改变任何药物

15. 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理提供者多经常通知您他们何时到达您家？

○ 从不

○ 有时

○ 经常

○ 总是

16. 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理提供者多经常尽可能温和地对待您？

○ 从不

○ 有时

○ 经常

○ 总是

17. 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理提供者多经常以简易的方式向您解释事情？

○ 从不

○ 有时

○ 经常

○ 总是

18. 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理提供者多经常认真听您说话？

○ 从不

○ 有时

○ 经常

○ 总是

19. 在过去 2 个月的护理期间，该机构的居家健康护理提供者多经常以礼貌和尊重的态度对待您？

○ 从不

○ 有时

○ 经常

○ 总是

20. 我们想知道您对从该机构的居家健康护理提供者提供的护理的评价。

使用 0 至 10 之间的任何数字，其中 0 表示最差居家健康护理，10 表示最佳居家健康护理，哪个数字可用来评价您从该机构的居家健康护理提供者那里获得的护理？

○ 0　最差居家健康护理
○ 1
○ 2
○ 3
○ 4
○ 5
○ 6
○ 7
○ 8
○ 9
○ 10　最佳居家健康护理

您的居家健康护理机构

接下来的问题是关于［**机构名称**］的办公室的。

21. 在过去 2 个月的护理期间，您是否联系过该机构的**办公室**，以寻求帮助或建议？

○ 是
○ 否 ➔ **如果否，转至问题 24。**

22. 在过去 2 个月的护理期间，当您联系该机构的办公室时，您是否获得了您所需要的帮助或建议？

○ 是
○ 否 ➔ **如果否，转至问题 24。**
○ 我**没有**联系该机构

23. 当您联系该机构的办公室时，您花费了多长时间才获得您所需要的帮助或建议？

○ 当天
○ 1 至 5 天
○ 6 至 14 天
○ 多于 14 天
○ 我**没有**联系该机构

24. 在过去 2 个月的护理期间，对于您从该机构获得的护理，您是否遇到过任何问题？

○ 是
○ 否

25. 如果您的家人或朋友需要居家健康护理，您是否会向他们推荐该机构？

○ 肯定不会
○ 可能不会
○ 可能会
○ 肯定会

关于您本人

26. 总体而言，您如何评价您的整体健康状况？

○ 极好
○ 很好
○ 好
○ 一般
○ 差

27. 总体而言，您如何评价您的整体精神或情绪健康状况？

○ 极好
○ 很好
○ 好
○ 一般
○ 差

28. 您是否独居？

○ 是
○ 否

29. 您已完成的最高级别或水平的年级或院校是什么？

○ 8 年级或更低
○ 读过高中，但未毕业
○ 高中毕业或 GED
○ 读过大学或有 2 年制学位
○ 4 年制大学毕业
○ 4 年制大学毕业以上，超过 4 年的大学教育

30. 您是否为西班牙或拉丁美洲人？

○ 是
○ 否

31. 您的种族是什么？请选择一项或多项。

○ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
○ 亚洲人
○ 黑人或非裔美国人
○ 夏威夷原住民或其他太平洋岛上居民
○ 白人

32. 您在家主要讲哪种语言？

○ 英语
○ 西班牙语
○ 其它语言：

_____

（请用正楷填写。）

33. 是否有人帮助您填写本调查问卷？

○ 是

○ 否 ➔ **如果否，请用邮资已付的信封将填妥的调查问卷寄回给我们。**

34. 那人是如何帮助您的？勾选所有适用项。

○ 为我读问题

○ 写下我给出的答案

○ 替我回答问题

○ 将问题译成我的语言

○ 以其它方式帮助：

_____

（请用正楷填写。）

○ 没人帮助我填写本调查问卷

谢谢！

请用邮资已付的信封将填妥的调查问卷寄回给我们。