|  |
| --- |
| OMB #： 0938-1066  [OMB EXPIRATION DATE] |

居家健康护理 CAHPS® 调查问卷  
  
20XX

**OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN SIMPLIFIED CHINESE** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.  The valid OMB control number for this information collection is **0938-XXXX (Expires XX/XX/XXXX)**.  This is a **[mandatory/voluntary/required to retain or obtain a benefit (please select one)]** information collection.  The time required to complete this information collection is estimated to average 9 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection.  If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports ClearanceOfficer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.**\*\*\*\*CMS Disclosure\*\*\*\* Please do not send applications, claims, payments, medical records or any documents containing sensitive information to the PRA Reports Clearance Office.  Please note that any correspondence not pertaining to the information collection burden approved under the associated OMB control number listed on this form will not be reviewed, forwarded, or retained. If you have questions or concerns regarding where to submit your documents, please contact [List Program Specific Contact].**

调查问卷说明

* 请在答案左侧的框内勾选，以回答所有问题。
* **如果您是为接受过居家健康护理服务的人作答**，请尝试以他或她的视角回答问题。
* 有时您可以跳过本问卷中的某些问题。  
  当出现这种情况时，您会看到一个箭头和说明，指引您下一步应回答的问题，  
  如下所示：

示例响应复选框（未选中） 是

示例响应复选框（选中） 否 指示： **如果否，请跳至问题 1。**

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**[AGENCY NAME]**获得护理。是吗？

1 是

2 否 指示： **如否，请停止并将调查问卷放入提供的信封中寄回。**

您从居家健康护理人员处  
获得的护理

接下来的问题是关于来自 **[AGENCY NAME]**所有不同的工作人员。请勿包括您从其他居家健康护理机构工作人员处获得的护理。

1. 当您刚开始从该机构接受居家健康护理时，该机构是否有人曾与您讨论过**协助提高居家安全的方法**？例如，他们可能建议在淋浴间安装扶手或清除绊倒的危险。

1 是

2 否

3 我不知道

4 我不需要居家庭安全的协助

1. 该机构的工作人员是否曾经**审查过**您正在服用的**处方药和非处方药** ？例如，  
   他们可能要求您向他们展示您的药物，  
   并与您讨论如何以及何时服用每种药物。

1 是

2 否

3 我不知道

4 我不服用任何药物

1. 在过去2个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否与您讨论过您的药物的任何**副作用**？

1 是

2 否

3 我不知道

4 我不服用任何药物

1. 在过去2个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常告知您**他们抵达**您家**的时间**？

1 从未

2 有时

3 经常

4 总是

1. 在过去2个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否看来经常**了解**您在家中接受的**所有护理或治疗**？

1 从未

2 有时

3 经常

4 总是

1. 在过去2个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常**细心地照顾您** — 例如，在协助您移动或更换绷带时？

1 从未

2 有时

3 经常

4 总是

1. 在过去2个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常以简单易懂的方式**向您解释事情**？

1 从未

2 有时

3 经常

4 总是

1. 在过去2个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常**认真倾听**您的意见？

1 从未

2 有时

3 经常

4 总是

1. 在过去2个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否经常**以礼貌和尊重的态度**对待您？

1 从未

2 有时

3 经常

4 总是

1. 在过去2个月的护理期间，您是否经常觉得该机构的居家健康护理人员**关心您这个人**？

1 从未

2 有时

3 经常

4 总是

1. 在过去2个月的护理期间，该机构的居家健康护理人员是否尽可能按照您的需求**向您的家人或朋友提供了**有关您护理的**信息或說明**？

1 是

2 否

3 我不知道

4 我不想要也不需要

1. 在过去2个月的护理期间，您从该机构获得的服务是否经常协**助您照顾自己的健康**？

1 从未

2 有时

3 经常

4 总是

1. 我们想了解您对该机构居家健康护理人员所提供护理的评价。  
     
   请使用 0 到 10 的数字来评分，其中 0 代表最差的居家健康护理，10 代表最好的居家健康护理，您会用哪个数字来**评价**该机构居家健康护理人员**为您提供的护理**？

0 最糟糕的居家健康护理

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 最佳的居家健康护理

您的居家健康护理机构

接下来的问题是关于 **[AGENCY NAME]**   
办公室的。

1. 您是否曾联系过该机构的**办公室**寻求协助或建议？

1 是

2 否 指示： **如果否，请跳到 Q17**。

1. 当您联系该机构的办公室时，您是否得到了所需的协助或建议？

1 是

2 否

1. 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这家机构？

1 绝对不会

2 可能不会

3 可能会

4 绝对会

关于您的信息

只剩下几个问题了。

**如果您代表接受居家健康护理的家人或朋友回答：** 这些问题是关于那个人的，而不是关于您自己的。

1. 总体而言，您如何评价您的整体健康状况？

1 极佳

2 非常好

3 好

4 一般

5 差

1. 总体而言，您会如何评价自己的整体心理或情绪健康状况？

1 极佳

2 非常好

3 好

4 一般

5 差

1. 您一个人住吗？

1 是

2 否

1. 您的最高学历是什么？

1 8 年级或更低

2 上过高中，但未毕业

3 高中毕业或同等学历GED

4 上过大学或拥有两年制学位

5 四年制大学毕业

6 超过四年制大学学位

1. 您属于什么种族或民族？请选择一项或多项。
2. 印第安人或阿拉斯加原住民
3. 亚洲人
4. 黑人或非裔美国人
5. 西班牙裔或拉丁裔
6. 中东人或北非人
7. 夏威夷岛原住民或其他太平洋岛民
8. 白人
9. 您在家里主要说什么语言？

1 英语

2 西班牙文

3 其他一些语言：

*（请填写。）*

1. 是否有人协助您完成本调查问卷？

1 是

2 否 指示： **如否，请将填妥的调查问卷放入已付邮资的信封内寄回。**

1. 他是如何协助您的？可多选。

1 把问题读给我听

2 填写我给出的答案

3 替我回答问题

4 将问题翻译成我的语言

5 以其它方式协助：

*（请填写。）*

6 没有人帮助我完成这项调查问卷

**谢谢！**

**请将填妥的调查问卷**  
**放入已付邮资的信封内寄回。**