

# 居家健康护理 CAHPS® 调查问卷

**NOTE: USE THIS VERSION STARTING WITH APRIL 2026  
SAMPLE MONTH**

根据美国 1995 年《文书工作削减法》(Paperwork Reduction Act of 1995) 的规定, 除非信息收集表上标示了有效的美国行政管理和预算局 (OMB) 控制编号, 否则任何人都无需提交表中要求的信息。本信息收集表的有效 OMB 控制编号为 0938-1066。本信息收集表可产生居家健康护理机构的可比数据, 从而帮助个人选择机构并改善护理水平。预计填写此信息收集表所需的平均时间为每份不到 9 分钟, 这包括阅读说明、搜索现有数据资源、收集所需资料、审阅和完成信息收集表所需的时间。对于符合 42 CFR §484.255(i) 要求的居家健康护理机构, 必须填写此信息收集表以满足计划要求; 对于调查受访者, 填写此表属于自愿行为。我们将根据 5 U.S.C. 552a (《1974 年隐私法》) 对此表保密。如果您对填表预估时间的准确性有任何意见, 或者对改进此表格有任何建议, 请写信至: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. \*\*\*\*CMS 披露\*\*\*\* 请不要向 PRA Reports Clearance Office 发送申请、索赔、付款、医疗记录或任何包含敏感信息的文件。请注意, 我们不会审核、转发或保留任何与本表所列相关 OMB 控制编号下的获批信息收集责任无关的信件。如果您对提交文件的位置有任何问题或疑虑, 请联系 [HomeHealthCAHPS@cms.hhs.gov](mailto:HomeHealthCAHPS@cms.hhs.gov)。

## 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：

是

否 → 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 → 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。

- 2 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

- 3 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

- 4 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

5 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

6 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

7 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

8 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

9 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

10 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

11 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

12 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说明**？

- 1  是
- 2  否
- 3  我不知道
- 4  我不想要也不需要

**13** 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

**14** 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。

**15** 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 → 如果否，请跳到 Q17。

**16** 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

**17** 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。

**18** 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

**19** 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

20 您一个人住吗？

1  是

2  否

21 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

22 您属于什么种族或民族？请选择一项或多项。

1  印第安人或阿拉斯加原住民

2  亚洲人

3  黑人或非裔美国人

4  西班牙裔或拉丁裔

5  中东人或北非人

6  夏威夷岛原住民或其他太平洋岛民

7  白人

23 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。)

24 是否有人协助您完成本调查问卷？

1  是

2  否 → 如否，请将填妥的调查问卷放入已付邮资的信封内寄回。

25 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。