

OMB #: 0938-1066
將於2029年3月31日失效

居家健康護理 CAHPS® 調查問卷

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

根據美國 1995 年《文書工作削減法》(Paperwork Reduction Act of 1995) 之規定，除非資訊收集表上標有有效的美國行政管理和預算局 (OMB) 控制編號，否則任何人都無需提交表中要求的資訊。此資訊收集表的有效 OMB 控制編號為 0938-1066。此資訊收集表可產生居家健康護理機構的可比數據，以助個人選擇機構並改善護理水平。估計完成本表所需的平均時間為每份少於 9 分鐘，這包括閱讀說明、搜尋現有資料來源、蒐集所需資料、審閱和完成資訊收集表所需的時間。根據 42 CFR §484.255(i) 的規定，合資格的居家健康護理機構必須完成此資訊收集表以滿足計劃要求，對於調查受訪者則是自願參與。根據 5 U.S.C. 552a (1974 年《隱私法》)，機密性會獲得保障。若您對填表預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. ****CMS 披露聲明**** 請不要將申請、索賠、付款、醫療記錄或任何載有敏感資訊的文件發送至 PRA Reports Clearance Office。請注意，與本表格上列出的相關 OMB 控制號批准的資訊收集負擔無關的任何通訊，將不會被審查、轉發或保留。如果對於應往何處提交文件有疑問或疑慮，請聯繫 HomeHealthCAHPS@cms.hhs.gov。

調查問卷說明

- 通過勾選答案左側的方框，回答所有問題。
- 如果您代表接受居家健康護理者回答問題，請嘗試從對方的角度回答。
- 在本調查問卷中，有時您可以跳過某些問題。當出現這種情況時，您會看到一個箭頭和一個說明，告知您下一個要回答的問題，像這樣：

是

否 → 如果否，請前往問題 1。

您的居家健康護理

- 1 根據我們的記錄，您曾經從居家健康護理機構[AGENCY NAME]獲得護理。是嗎？
- 1 是
- 2 否 → 如果否，請停止作答，並用提供的信封把問卷寄回給我們。

您從居家健康護理人員處獲得的護理

下面的這些問題是關於[AGENCY NAME]所有不同的工作人員。請勿包括您從其他居家健康護理機構的工作人員處獲得的護理。

- 2 當您剛開始從此機構獲得居家健康護理時，此機構是否有人曾與您討論過協助提升居家安全的方法？例如，此機構可能建議在淋浴室加裝扶手或移除絆倒的危險。
- 1 是
- 2 否
- 3 不知道
- 4 我不需要居家安全的協助
- 3 此機構是否有人審查過您正在服用的處方和非處方藥物？例如，此機構可能會要求您出示藥物，並向您說明如何以及何時服用每種藥物。
- 1 是
- 2 否
- 3 不知道
- 4 我沒有服用任何藥物
- 4 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否曾向您說明您藥物的任何副作用？
- 1 是
- 2 否
- 3 不知道
- 4 我沒有服用任何藥物

5 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常通知您**他們何時到**您家？

- 1 從未
- 2 有時
- 3 經常
- 4 始終

6 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否看來經常**了解**您在**家中接受的所有護理或治療**？

- 1 從未
- 2 有時
- 3 經常
- 4 始終

7 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常**細心地照顧**您，例如在協助您移動或更換繃帶時？

- 1 從未
- 2 有時
- 3 經常
- 4 始終

8 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常以簡單易懂的方式向您**解釋事情**？

- 1 從未
- 2 有時
- 3 經常
- 4 始終

9 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常**認真傾聽**您的意見？

- 1 從未
- 2 有時
- 3 經常
- 4 始終

10 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否經常以**禮貌和尊重**的態度對待您？

- 1 從未
- 2 有時
- 3 經常
- 4 始終

11 在過去 2 個月的護理期間，您是否經常感覺得此機構的居家健康護理人員**關心您這個人**？

- 1 從未
- 2 有時
- 3 經常
- 4 始終

12 在過去 2 個月的護理期間，此機構的居家健康護理人員是否盡量依照您的需求，**為您的家人或朋友提供有關您護理的資訊或說明**？

- 1 是
- 2 否
- 3 不知道
- 4 我不想要，也不需要

13 在過去 2 個月的護理期間，您從此機構獲得的服務是否經常協助您照顧好自己的健康？

- 1 從未
- 2 有時
- 3 經常
- 4 始終

14 我們想知道您對此機構的居家健康護理人員所提供的護理的評價。

使用從 0 到 10 的任何數字來評分，其中 0 表示最差的居家健康護理，10 表示最好的居家健康護理，您會用那個數字來評定您從此機構的居家健康護理人員那裡獲得的護理？

- 0 最差的居家健康護理
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 最好的居家健康護理

您的居家健康護理機構

下面的問題是關於[AGENCY NAME]的辦公室。

15 您是否曾聯絡此機構的辦公室，尋求協助或建議？

- 1 是
- 2 否 → 如果否，請前往問題 Q17。

16 當您聯絡此機構的辦公室時，您是否得到了所需的協助或建議？

- 1 是
- 2 否

17 如果您的家人或朋友需要居家健康護理，您是否會向他們推薦此機構？

- 1 絕對不會
- 2 可能不會
- 3 可能會
- 4 絕對會

關於您本人

只剩下幾個問題了。

如果您代表接受居家健康護理的家人或朋友回答：這些問題是關於對方，而不是您的。

18 總體來說，您如何評定您的整體健康狀況？

- 1 極好
- 2 很好
- 3 好
- 4 一般
- 5 差

19 總體來說，您如何評定您的整體精神或情緒健康狀況？

- 1 極好
- 2 很好
- 3 好
- 4 一般
- 5 差

20 您是否獨居？

- 1 是
- 2 否

21 您已完成的最高級別或水平的年級或院校是什麼？

- 1 8 年級或更低
- 2 讀過高中，但未畢業
- 3 高中畢業或 GED
- 4 讀過大學或有 2 年制學位
- 5 4 年制大學畢業
- 6 4 年制大學以上學位

22 你的種族或族裔背景是什麼？請選一項或多項。

- 1 美國印第安人或阿拉斯加土著
- 2 亞洲人
- 3 黑人或非裔美國人
- 4 西班牙裔或拉丁裔
- 5 中東人或北非人
- 6 夏威夷土著或太平洋島嶼人
- 7 白人

23 您在家主要講哪種語言？

- 1 英語
- 2 西班牙語
- 3 其他語言：

(請用正楷填寫。)

24 是否有人協助您填寫本調查問卷？

- 1 是
- 2 否 → 如果否，請用郵資已付的信封把完成的調查問卷寄回給我們。

25 該人員是如何協助您的？勾選所有適用的選項。

- 1 為我讀問題
- 2 寫下我提供的答案
- 3 幫我回答問題
- 4 將問題譯成我的語言
- 5 以其他方式協助：

(請用正楷填寫。)

- 6 沒人協助我完成本調查問卷

謝謝您！

**請您用郵資已付的信封
把完成的調查問卷寄回給我們。**