



Agency

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，您曾从居家健康机 **Agency**. 获得护理。是吗？

当您回答本 调查问卷 中 的问题时，
请仅考虑您 从该机构获得护理的经历 。

- 是
- 否 ➔ 如果答案为否，请停止作答，
并用所附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，
该机构是否有人向您解释您将获得什么护理和服务？

- 是
- 否
- 不记得

3. 当您刚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设置您的家居以便您能安全地四处走动？

- 是
- 否
- 不记得

4. 当您刚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正在服用的所有 **处方和非处方药物**？

- 是
- 否
- 不记得



5. 当您刚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正在服用的所有处方和非处方药物？

☐ 是

☐ 否

☐ 不记得

过去 2 个月内 您 从居家健康服务提供者处 获得的护理

以下 问题是关于过去 2 个月内为您提供护理的 Agency 健康护理机构 所有 不同的 工作人员。请勿 包括您从其它居家健康护理机构工 作人员处获得的护理 。请勿 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， 是否有来自该机构的护士为您提供居家健康服务？

☐ 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服务提供者之一是否为理疗师、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服务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， 该机构的居家健康服务提供者知情并了解最新情况的频率如何？

☐ 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， 您是否与该机构的居家健康服务提供者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物或改变您正在服用的任何药物？

☐ 是

☐ 否 ➡ 如果否，请转至问题 15。

12. 在过去 2 个月的护理期间， 该机构的居家健康服务提供者是否与您讨论过服用新的或改变的处方药物的目的？

☐ 是

☐ 否

☐ 我并未服用任何新的处方药物或改变任何药物

WellSky
11300 Switzer Road
Suite 200
Overland Park, KS 66210



谢谢！

请用邮资已付的信封将填妥的
调查问卷寄回给我们。

35 是否有人帮助您填写本调查问卷？

- ☐ 是
- ☐ 否 ➔ 如果否，请转至问题 37.

36. 那人是如何帮助您的？请勾选所有适用项。

- ☐ 把问题读给我听
- ☐ 写下我给出的答案
- ☐ 替我回答问题
- ☐ 将问题译成我所讲的语言
- ☐ 以其它方式帮助我：

(请用正楷书写。)

- ☐ 没人帮助我填写本调查问卷

您的居家健康机构可能想看看您对此调查问卷的的回答，以此来决定如何解除您的顾虑。但是，除非征得您本人的同意，我们不会将此调查问卷的回答与您的姓名联系起来，并将此信息提供给您的居家健康机构。

37. 您是否同意将您的回答与姓名联系起来，并将此信息提供给您的居家健康机构？

- ☐ 是，我同意将我的姓名及我对此调查问卷的回答提供给我的居家健康机构。
- ☐ 否，我不同意将我的姓名及我对此调查问卷的回答提供给我的居家健康机构。

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

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 我并未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， 该机构的居家健康服务提供者是否与您讨论过这些药物的副作用？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 我并未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， 该机构的居家健康服务提供者及时通知您他们何时到达您家的频率如何？

- ☐ 从不
- ☐ 有时
- ☐ 经常
- ☐ 总是

16. 在过去 2 个月的护理期间， 该机构的居家健康服务提供者尽可能温和地对待您的频率如何？

- ☐ 从不
- ☐ 有时
- ☐ 经常
- ☐ 总是

17. 在过去 2 个月的护理期间， 该机构的居家健康服务提供者以一种容易理解的方式解释事情的频率如何？

- ☐ 从不
- ☐ 有时
- ☐ 经常
- ☐ 总是

18. 在过去 2 个月的护理期间， 该机构的居家健康服务提供者认真听您说话的频率如何？

- ☐ 从不
- ☐ 有时
- ☐ 经常
- ☐ 总是

19. 在过去 2 个月的护理期间， 该机构的居家健康服务提供者以礼貌和尊重的态度对待您的频率如何？

- ☐ 从不
- ☐ 有时
- ☐ 经常
- ☐ 总是



20. 我们想知道您对从该机构提供的居家健康服务和护理的评价。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，您将使用哪个数字来评价您从该机构的居家健康服务提供者获得的护理？
- ☐ 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

您的居家健康服务机构

以下 问题是关于 **Agency.** 健康护理机构办公室

21. 在过去 2 个月的护理期间， 您是否联系过该机口的**办公室**以寻求帮助或获取建议？
- ☐ 是
 - ☐ 否 ➔ 如果否，请转至问题 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，请转至问题 24。
 - ☐ 我并未联系该机构
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
 - ☐ 14 天以上
 - ☐ 我并未联系该机构

24. 在过去 2 个月的护理期间， 在您从该机构获得的护理方面，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

26. 总体而言，您将如何评价您的整体健康状况？
- ☐ 极好
 - ☐ 非常好
 - ☐ 良好
 - ☐ 一般
 - ☐ 差

27. 您对该居家健康护理机构的护理还有什么意见或评价？

关于您本人

28. 总体 而言, 您如何评价您的健康状况？
- ☐ 极好
 - ☐ 非常好
 - ☐ 良好
 - ☐ 一般
 - ☐ 差
29. 总体而言，您如何评价您的精神或情感健康的整体状况？
- ☐ 极好
 - ☐ 很好
 - ☐ 良好
 - ☐ 一般
 - ☐ 差
30. 您是否独居？
- ☐ 是
 - ☐ 否

31. 您的最高学历是什么？
- ☐ 8 年级或更低
 - ☐ 高中，但未毕业
 - ☐ 高中毕业或 GED（普通教育学历）
 - ☐ 大学未毕业或 2 年学位
 - ☐ 4 年大学毕业
 - ☐ 比4 年大学学位更高

32. 您是否为西班牙裔或拉丁美洲人？
- ☐ 是
 - ☐ 否

33. 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

34. 您在家主要讲哪种语言？
- ☐ 英语
 - ☐ 西班牙语
 - ☐ 其它语言：

(请用正楷书写。)

