

安宁疗护问卷调查

Alternative survey instructions for use with a scannable form that uses bubbles rather than boxes for answer choices.

请根据问卷说明信中列出的患者从以下安宁疗护机构得到的服务，回答调查问题：

[NAME OF HOSPICE]

此问卷中的所有问题都与在该安宁疗护机构的体验有关。

如果您想了解关于此问卷的更多信息，请致电 [TOLL FREE NUMBER]。所有打到这个号码的电话都是免费的。

OMB# 0938-1257

有效期至 2027 年 11 月 30 日

应该由谁填写调查问卷？

* 您家中最了解问卷说明信中提到的患者所接受的安宁疗护服务的人。

如何填写问卷

* 请使用深色字迹的笔。

* 请回答所有问题，并涂满您所选答案左侧的圆圈，如下所示：

● 是

* 有时您会被要求跳过一些问题。在这种情况下，您会看到一个箭头，旁边的提示信息告诉您下一步如何继续，如下所示：

● 是 → 如果选择“是”，请跳至问题1

○ 否

您可能会注意到问卷上的编号。该编号用于通知我们您是否已返回问卷，这样我们就不必向您发送提醒邮件。

EXAMPLE

安宁疗护患者

1. 您与问卷说明信中所列的患者是什么关系？

- 我的配偶或伴侣
 - 我的父母
 - 我的岳母（婆婆）或岳父（公公）
 - 我的（外）祖父/母
 - 我的姑姑（姨妈）或叔叔（舅舅）
 - 我的姐妹或兄弟
 - 我的孩子
 - 我的朋友
 - 其他（请用正楷填写）
- _____

2. 在此次问卷中，“家属”一词指的是问卷说明信中所列的患者。

您的家属在什么地方接受了该机构的安宁疗护服务？请选择一项或多项。

- 家
 - 辅助生活机构
 - 疗养院
 - 医院
 - 安宁疗护机构/赡养院
 - 其他（请用正楷填写）：
- _____

您的角色

3. 在您的家属接受安宁疗护期间，您有多少机会参与或监督您的家属的安宁疗护？

- 从未 → 如果选择“从未”，请跳至问题32
- 有时
- 经常
- 总是