

호스피스 설문 조사

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

의 설문지 겉표지에 기재된 환자가 받은 케어에 관한 설문 조사의 질문에 답변해 주시기 바랍니다.

[NAME OF HOSPICE]

이 설문지의 모든 질문들은 이 호스피스와의 경험에 대한 것입니다.

본 설문지에 관해서 더 자세히 알고 싶으시면 [TOLL FREE NUMBER]으로 연락해 주시기 바랍니다. 이 번호로의 통화는 무료로 이용하실 수 있습니다.

OMB# 0938-1257

설문 만료일: 2027년 11월 30일

설문지를 작성할 사람

- ◆ 설문지 겉표지에 기재된 환자가 받은 호스피스 케어에 관해 가장 잘 알고 있는 귀하의 가족 구성원.

설문지 작성 요령

- ◆ 설문지를 작성하실 때 어두운 색깔의 펜을 사용하여 주십시오.
- ◆ 다음과 같이, 답변 왼쪽에 있는 원을 칠하여 모든 질문에 답해 주십시오:
 - 예
- ◆ 이 설문지에서 몇 개의 질문들은 건너뛰라고 할 수도 있습니다. 이런 경우, 아래와 같이 다음에 어디로 이동해야 하는 지 안내하는 화살표가 표시되어 있습니다.
 - 예 ➔ **응답이 '예'인 경우 1번 질문으로 가십시오**
 - 아니요

설문지에 표시된 숫자는 설문지 미응답자를 확인하고 설문 응답자에게 제출을 요청하는 알림을 재차 전송할 필요가 없도록 하기 위한 것입니다.

EXAMPLE

호스피스 환자	귀하의 역할
1. 귀하는 설문지 겉표지에 기재된 환자와 어떤 관계입니까? ☐ 배우자 또는 파트너 ☐ 부모 ☐ 시어머니(장모) 또는 시아버지(장인) ☐ 조부모 ☐ 고모(이모) 또는 삼촌(외삼촌) ☐ 자매 또는 형제 ☐ 자녀 ☐ 친구 ☐ 기타(구체적으로 기재)	3. 가족분이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 가족분을 돌보고 감독하는 일에 참여했습니까? ☐ 전혀 ➔ 응답이 ‘전혀’이면, 32번 질문으로 가세요. ☐ 때때로 ☐ 대체로 ☐ 항상
2. 이 설문지에서, '가족분'은 설문지 겉표지에 기재된 환자를 말합니다. 귀하의 가족분이 이 호스피스로부터 케어를 받은 장소가 어디입니까? 한 곳 이상을 선택하십시오. ☐ 집 ☐ 노인 생활지원 주택 (<i>Assisted living facility</i>) ☐ 양로원 ☐ 병원 ☐ 호스피스 시설/ 호스피스 하우스 (<i>Hospice house</i>) ☐ 기타(구체적으로 기재)	