

初级护理患者体验调查

[NAME OF CENTRE]患者体验调查

您之所以受邀参与此次调查，是因为您最近在[NAME OF CENTRE]进行过一次就诊。您对有关此次调查问题的回答将帮助我们改善我们所提供的护理。这个调查问卷有六个部分，完成该问卷大约需要5分钟。

参与调查属于自愿，您对调查问题的所有答复都将被保密。

A. 您是为您自己或为他人完成这个调查问卷？

- 我是为我自己完成这个调查问卷
- 我是为他人完成这个调查问卷

B. 如果您是为他人完成这个调查问卷，这个人是谁？

- 我是为家人或朋友完成这个调查问卷
- 我是为患者或客户完成这个调查问卷
- 其他（请您注明您与患者的关系，而不是您的名字）： _____

YOUR LOGO HERE

第1部分：联系我们

Q1. 您如何预约您最近的一次就诊？

- 我没有预约，而是直接前往诊所（跳到问题Q2b）
- 我打电话来预约时间
- 我写电子邮件来预约时间
- 我在上次就诊时预约时间
- 你们给我打电话来预约时间
- 其他（请注明）

Q2	考虑您最近的一次就诊，从差到极好的范围内，您将如何评价以下事宜？	差	一般	好	很好	极好
a.	从进行预约到您刚刚进行的就诊之间所花的时长	<input type="radio"/>				
b.	您在中心就诊的 <u>整体</u> 体验	<input type="radio"/>				

第2部分：到达以及在中心的等待

仍然考虑您最近的一次就诊…

Q3.	从差到极好的范围内，您将如何评价以下事宜？	差	一般	好	很好	极好
a.	您在前台/等候区所需等待的时长	<input type="radio"/>				
b.	您与我们的接待人员相处时的整体体验	<input type="radio"/>				
c.	在您与医务人员交流您就诊的原因之前，您在检查室所需等待的时长	<input type="radio"/>				

第3部分：您的预约

仍然考虑您最近的一次就诊…

Q4.	考虑您在就诊期间所接触的主要医务人员，从差到极好的范围内，您将如何评价以下事宜？	差	一般	好	很好	极好
a.	他们了解您的病史	<input type="radio"/>				
b.	他们聆听您的顾虑	<input type="radio"/>				
c.	他们用您能理解的语言与您交流	<input type="radio"/>				
d.	他们用容易理解的方式解释事情	<input type="radio"/>				
e.	他们对您的需求和偏好很善解人意	<input type="radio"/>				
f.	他们以尊重和尊严的方式对待您	<input type="radio"/>				

YOUR LOGO HERE

g.	对于您在就诊之后需要做些什么，他们给予您清楚的指示	<input type="radio"/>				
h.	您与医务人员交流您的就诊原因时的整体体验	<input type="radio"/>				

第4部分：您最近一次就诊时的整体体验

Q5	考虑您最近的一次就诊，从差到极好的范围内，您将如何评价以下事宜？	差	一般	好	很好	极好
a.	中心的整体清洁度	<input type="radio"/>				
b.	中心的整体舒适度	<input type="radio"/>				
c.	您对就期间接触的医务人员的信心	<input type="radio"/>				
d.	您对所期望的您的健康信息保密程度的信心	<input type="radio"/>				
e.	您在我们中心就诊的整体体验	<input type="radio"/>				

第5部分：您在过去一年左右在我们中心的就诊体验

接下来的几个问题和之前问过的问题类似。但是，我们想要您更广泛地考虑过去一年左右您在我们中心就诊的体验，而不是仅仅考虑最近一次就诊。

Q6	您上一次生病或担心出现健康问题的时候……		
a.	您是否预约到您想要的日期	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否
b.	从您首次尝试去医生或执业护士那里就诊到您实际去他/她或他们诊室的其他人那里就诊花了多少天？	<input type="radio"/> 同一天 <input type="radio"/> 第二天 <input type="radio"/> 2-19天 （输入天数：_____） <input type="radio"/> 20或更多天 <input type="radio"/> 不适用（不知道/被拒绝）	

Q7	当您去医生或执业护士那里就诊时，他们或诊室的其他人在以下事宜方面的频率如何？	从来没有	很少	有时	经常	总是
a.	给予您机会询问推荐治疗的相关问题	<input type="radio"/>				
b.	让您尽量参与关于您的护理和治疗的决定	<input type="radio"/>				
c.	花足够的时间与您进行交流	<input type="radio"/>				

Q8	过去一年左右……

YOUR LOGO HERE

a.	您是否从本中心以外的地方接受过医务人员的护理？	○是 (转到Q5.4)	○否 (跳到Q5.5)
----	-------------------------	----------------	----------------

Q9	考虑您在过去一年左右在其他接受护理的不同地方就诊过的医务人员，他们在以下事宜方面的频率如何？	从来没有	很少	有时	经常	总是
a.	每个人是否都了解您的病史	<input type="radio"/>				
b.	每个人是否都有您最近的检测或检查结果	<input type="radio"/>				
c.	他们在所告诉您的护理和治疗方面都保持一致？	<input type="radio"/>				
d.	他们在为您提供护理方面是否配合良好	<input type="radio"/>				

Q10	另外一个问题，当您上一次在晚上、周末或公众假期需要医疗服务时，得到医疗服务的难易程度（在不去急诊室的情况下）？	非常困难 <input type="radio"/>	有点难 <input type="radio"/>	有点容易 <input type="radio"/>	很容易 <input type="radio"/>	不适用 <input type="radio"/>
-----	---	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------

第6部分：背景/人口统计学

Q11	一般来说，您如何评价您的整体健康情况？	差 <input type="radio"/>	一般 <input type="radio"/>	好 <input type="radio"/>	很好 <input type="radio"/>	极好 <input type="radio"/>
-----	---------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Q12您因为健康护理在我们中心就诊已有多久时间？

- 少于六个月
- 六个月到一年之间
- 一到三年之间
- 三到五年之间
- 超过五年

Q13 您在过去一年左右因为自身医疗护理需求在我们中心就诊过多少次？（请您尽量回忆一个最接近的数值）

YOUR LOGO HERE



- 一次
- 两次
- 三次
- 四次
- 五次或更多次

Q14 您会向您的家人或朋友推荐我们的服务吗？仅勾选一项

- 肯定不会
- 大概不会
- 可能会
- 肯定会

如果您愿意提供更多的反馈，
请在下面的空白处填写：

反馈（可选）

考虑您在我们中心就诊的整体体验，...？

a. 做得特别好的两件事情：

- 1. _____
- 2. _____

b. 可以改进的两件事情？

- 1. _____
- 2. _____

是否有您想要与我们分享且可以帮助我们改进我们所提供的护理方法的更多信息或反馈？

感谢您完成我们的调查问卷。