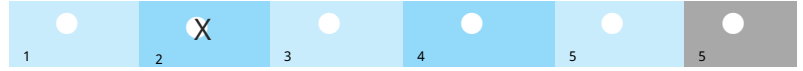


基础医疗卫生网络服务体验调查问卷

(Your Experience of Service Primary Health Network [YES PHN] Survey)

您的反馈很重要。此问卷由我们与服务消费者共同开发，旨在通过服务提供方和消费者的共同努力，改善服务质量。填写调查问卷采取自愿原则。我们对调查收集的所有信息都进行匿名处理。收集的所有信息均不会用于识别您的身份。如果您能回答所有问题，这将对我们很有帮助，但是如果您有不想回答的问题，可跳过不答。

每题请只在一个方框内打叉，如图例所示。



下述问题用于了解出现以下情况的频率。

想一想您在过去3个月或更短的时间内接受到的医护服务，您在以下方面的体验如何？ (每个问题仅可勾选一个答案)	从未	很少	有时	通常	总是	不适用
1. 在接受服务时，您感到被友善对待	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
2. 在接受服务时，您感到安全舒心	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
3. 您可以在需要时使用此服务	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
4. 如果您愿意，可以让家人和朋友参与您的支持或护理	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 9
5. 如果您愿意，工作人员能够提供信息或建议，帮助您管理身体健康状况	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
6. 您的个性和价值观（例如您的文化、信仰或性别认同等）受到尊重	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
7. 服务提供方听取并跟踪反馈或投诉	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
8. 服务提供方尊重您的决定权	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
9. 提供的支持或医护服务可满足您的需求	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	

下述问题用于了解我们提供以下服务的质量。

想一想您在过去3个月或更短的时间内接受到的医护服务，您在以下方面的体验如何？ (每个问题仅可勾选一个答案)	较差	尚可	好	非常好	优秀	不适用
10. 如果需要，可以与康复人员/有经验的现场工作人员联系	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 9
11. 向您提供有关此服务的信息（例如服务方式、您的权利和责任、如何提供反馈等）	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
12. 与您一起制定计划，并且考虑了您的所有需求（包括支持、协调和跟进）	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 9

基础医疗卫生网络服务体验调查问卷

因为您在过去3个月或更短的时间里使用过此服务，请对以下各项进行评级.....

(每个问题仅可勾选一个答案)

较差 尚可 好 非常好 优秀

- | | 较差 | 尚可 | 好 | 非常好 | 优秀 |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 13. 在您对未来所抱希望这一方面，此项服务对您的影响 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 14. 在您照顾自身身心健康的技巧和策略方面，此项服务对您的影响 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 15. 在您管理日常生活的能力方面，此项服务对您的影响 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 16. 总体而言，您如何评价在过去3个月中接受的此项服务？ | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |

17. 关于此项服务，我希望的改进之处是..... (请填写)

18. 关于这项服务，做得最好的地方是..... (请填写)

人口统计学问题

此部分的信息可帮助我们了解是否缺少某些群体的反馈。它还能告诉我们某些群体的体验是否比其他人更好或更糟。了解这些可帮助我们专注于改善服务。此部分中收集的任何信息都不会用于识别您的身份。

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--|---|
| 19. 您的性别认同？ | <input type="checkbox"/> 1 男 | <input type="checkbox"/> 2 女 | <input type="checkbox"/> 3 其他_____ |
| 20. 您在家中主要讲什么语言？ | <input type="checkbox"/> 1 英语 | <input type="checkbox"/> 2 其他_____ | |
| 21. 您是否为原住民或者托雷斯海峡岛民？ | <input type="checkbox"/> 1 否 | <input type="checkbox"/> 3 是——托雷斯海峡岛民 | |
| | <input type="checkbox"/> 2 是——原住民 | <input type="checkbox"/> 4 是——既是原住民又是托雷斯海峡岛民 | |
| 22. 你的年龄？ | <input type="checkbox"/> 1 不到18岁 | <input type="checkbox"/> 3 25至44岁 | <input type="checkbox"/> 5 65岁以上（包括65岁） |
| | <input type="checkbox"/> 2 18至24岁 | <input type="checkbox"/> 4 45至64岁 | |
| 23. 您接受支持或医护服务多长时间了？ | <input type="checkbox"/> 1 1天至2周 | <input type="checkbox"/> 3 1至3个月 | <input type="checkbox"/> 5 超过6个月 |
| | <input type="checkbox"/> 2 3至4周 | <input type="checkbox"/> 4 4至6个月 | |
| 24. 谁向您转介此服务？ | <input type="checkbox"/> 1 家庭医生/全科医生 | <input type="checkbox"/> 3 其他医疗专业人士 | <input type="checkbox"/> 5 其他，请注明 |
| | <input type="checkbox"/> 2 护士 | <input type="checkbox"/> 4 我自己 | |
| 25. 关于选择此项服务，你在其中有多少参与度？ | <input type="checkbox"/> 1 未参与 | <input type="checkbox"/> 2 参与了一些 | <input type="checkbox"/> 3 完全参与 |
| 26. 是否有人帮助您填写此调查问卷？ | <input type="checkbox"/> 1 否 | <input type="checkbox"/> 3 是——此服务机构的工作人员 | |
| | <input type="checkbox"/> 2 是——家人或朋友 | <input type="checkbox"/> 4 是——其他人 | |

感谢您抽出宝贵的时间完成此调查。请记住，如果本调查问卷让您产生不安情绪，您可以与当地的医生、心理健康工作者交谈，或拨打13 11 14致电生命热线（Lifeline）。