

CAHPS® 호스피스 설문 조사

이 호스피스로부터 환자가 받은 케어에 관해서 설문지에 답변해 주시기 바랍니다.

[NAME OF HOSPICE]

이 설문지의 모든 질문들은 이 호스피스와의 경험에 관한 것입니다.

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

OMB#0938-1257

2026 년 07 월 31 에 만료됨

설문 조사 지시 사항

- ◆ 본 설문지는 설문지 커버레터에 적혀있는 사람이 받은 호스피스 케어에 관하여 가장 잘 알고 있는 귀하의 가족 구성원에게 주시기 바랍니다.
- ◆ 설문지를 작성하실 때 어두운 색깔의 펜을 사용하여 주십시오.
- ◆ 답변은 해당하는 네모 안에 X를 직접 적어주세요, 밑에 견본이 있습니다.
 예
 아니요
- ◆ 이 설문지에서 몇 개의 질문들은 건너 뛰라고 할 수도 있습니다. 이런 경우, 여기에 나온 것처럼 다음에 답변할 질문이 무엇인지를 말하는 안내와 함께 화살표가 표시되어 있습니다.
 예 → **응답이 '예'면 1 번으로 가세요.**
 아니요

호스피스 환자

1. 귀하는 설문지 커버 레터에 나와 있는 사람과 어떤 관계 입니까?

- 1 배우자나 파트너
- 2 부모
- 3 시어머니(장모) 또는 시아버지(장인)
- 4 조부모
- 5 고모(이모) 또는 삼촌(외삼촌)
- 6 자매 또는 형제
- 7 자녀
- 8 친구
- 9 이외(정자체로 써주세요).

2. 이 설문지에서, “가족”은 설문지 커버 레터에 나와 있는 사람을 말합니다. 귀하의 가족이 이 호스피스로부터 케어를 받은 장소가 어디입니까? 한가지 이상 선택하십시오.

- 1 집
- 2 노인 원호 생활 시설
- 3 양로원
- 4 병원
- 5 호스피스 시설/ 호스피스 집
- 6 이외(정자체로 써주세요).

귀하의 역할

3. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 케어 받는 가족을 돌보는 데 참여하고 감독을 했습니까?

- 1 전혀 → 응답이 '전혀'이면, 41 번으로 가세요.
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

가족의 호스피스 케어

이 설문지의 나머지 질문에 답변하실 때, 설문지 커버에 나와 있는 이름의 호스피스에 대한 귀하의 가족의 경험만을 생각해 주십시오.

4. 이 설문지에서, 호스피스 팀은 귀하의 가족에게 호스피스 케어를 제공했던 모든 간호사, 의사, 사회 복지사, 목사님 그리고 다른 사람들을 포함합니다. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 질문이 있거나 귀하의 가족을 케어하는 데 도움을 받기 위해 호스피스 팀에게 저녁, 주말, 휴일에 연락을 해야 했습니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면, 6 번으로 가세요.

5. 귀하는 얼마나 자주 호스피스 팀으로부터 저녁, 주말, 휴일에 필요한 도움을 받으셨습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

6. 귀하의 가족이 호스피스의 케어를 받는 동안, 호스피스 팀은 귀하의 가족에게 케어를 위한 방문의 도착 시간을 얼마나 자주 알려 주었습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

7. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하 또는 귀하의 가족이 호스피스 팀에게 도움을 요청 했을 때, 도움을 얼마나 즉시 자주 받았습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

8. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 이해하기 쉽게 설명을 해주었습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

9. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 귀하의 가족의 상태에 관해서 알려 주었습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

10. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀원이 귀하에게 귀하의 가족의 상태나 케어에 관해서 혼란스럽거나 모순되는 정보를 주었습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

11. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 귀하의 가족을 존중하면서 대하였습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

12. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 귀하의 가족을 보살핀다고 느끼셨습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

13. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하의 가족의 호스피스 케어에 관한 문제에 대해서 호스피스 팀과 이야기를 나누셨습니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면, 15 번으로 가세요.

14. 귀하께서 귀하의 가족의 호스피스 케어에 대해서 호스피스 팀과 이야기 할 때 얼마나 자주 호스피스 팀이 주의 깊게 경청해 주었나요?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

15. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안 통증이 있었던 적이 있습니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면, 17 번으로 가세요.

16. 귀하의 가족이 통증에 따라 필요한 만큼 도움을 받았습니까?

- 1 예, 확실히
- 2 예, 다소
- 3 아니요

17. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 가족 분이 통증 약을 받으셨습니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면, 21 번으로 가세요.

18. 통증 약의 부작용엔 졸림 증상과 같은 것이 있습니다. 호스피스 팀 중 누군가가 귀하 또는 귀하의 가족에게 통증약의 부작용에 대해서 설명했습니까?

- 1 예, 확실히
- 2 예, 다소
- 3 아니

19. 호스피스팀이 귀하께 통증약의 주의
해야할 부작용에 관해서 필요한
안내를 해드렸습니까?

- 1 예, 확실히
- 2 예, 다소
- 3 아니요

20. 호스피스 팀이 귀하께 언제 귀하의
가족에게 통증 약을 더 드려야 되는지
여부와 시기에 관해서 필요한 안내를
해 드렸습니까?

- 1 예, 확실히
- 2 예, 다소
- 3 아니요
- 4 가족에게 통증 약을 줄 필요가
없었다

21. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는
동안, 귀하의 가족께서 호흡곤란이
있었거나 호흡곤란에 대한 치료를
받으신 적이 있습니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면,
24 번으로 가세요.

22. 귀하의 가족이 호흡 곤란에 관해서
얼마나 자주 필요한 도움을
받았습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

23. 호스피스 팀이 귀하께 귀하의
가족이 호흡 곤란을 느낄 때 어떻게
도와야 하는지에 관한 필요한
안내를 해드렸습니까?

- 1 예, 확실히
- 2 예, 다소
- 3 아니요
- 4 가족의 호흡 곤란을 도울 필요가
없었다

24. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는
동안, 귀하의 가족이 변비로 고생하신
적이 있습니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면
26 번으로 가세요

25. 귀하의 가족이 변비에 관해 얼마나
자주 필요한 도움을 받았습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

26. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는
중에, 불안이나 슬픔을 보인 적이
있습니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면
28 번으로 가세요.

27. 얼마나 자주 귀하의 가족이 호스피스
팀으로부터 불안이나 슬픈 감정에
도움을 받은 적이 있습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

28. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 안절부절 하거나 불안해 한 적이 있으십니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면 30 번으로 가세요.

29. 호스피스 팀이 귀하께 귀하의 가족이 안절부절 하거나 불안해 할 때 어떻게 해야 되는지에 관해 설명을 해 드렸습니까?

- 1 예, 확실히
- 2 예, 다소
- 3 아니요

30. 귀하의 가족을 움직이게 하는 것에는 침대에서 방향을 바꾸는 것 또는 휠체어에 앉거나 일어나는 것, 또는 침대에 눕거나 일어나는 것이 포함됩니다. 호스피스 팀이 귀하께 어떻게 가족을 안전하게 움직일 수 있는지 필요한 안내를 해 드렸습니까?

- 1 예, 확실히
- 2 예, 다소
- 3 아니요
- 4 가족을 움직일 필요가 없었다.

31. 귀하의 가족께서 돌아가실 때, 호스피스팀이 귀하께서 무엇을 예상하셔야 되는지 원하시는 만큼의 정보를 드렸습니까?

- 1 예, 확실히
- 2 예, 다소
- 3 아니요

호스피스 케어를 양로원에서 받은 경우

32. 어떤 분들은 양로원에 사시면서 호스피스 케어를 받으십니다. 귀하의 가족께서 양로원에 사시면서 호스피스 케어를 받으셨습니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면, 35 번으로 가세요.

33. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 양로원 직원과 호스피스 팀이 얼마나 자주 귀하의 가족을 보살피기 위해서 함께 잘 일했습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

34. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주, 양로원 직원으로부터 귀하의 가족에 관해 받은 정보와 호스피스 팀으로부터 받은 정보가 달랐습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

호스피스에 관한 귀하의 경험

35. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 주의 깊게 귀하께 경청 하였습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

36. 종교적이거나 영적인 믿음에 관한 지원은 대화, 기도, 묵상 또는 어떠한 방식으로든 종교적이거나 영적으로 필요한 것을 충족시키는 것을 포함합니다. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하는 호스피스 팀으로부터 얼마나 종교적 그리고 영적인 믿음에 관한 지원을 받으셨습니까?

- 1 너무 적게
- 2 적당하게
- 3 너무 많이

37. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하는 호스피스 팀으로부터 얼마나 정서적인 지원을 받았습니까?

- 1 너무 적게
- 2 적당하게
- 3 너무 많이

38. 귀하의 가족이 돌아가신 후 몇 주 동안, 귀하는 호스피스 팀으로부터 얼마나 정서적인 지원을 받으셨습니까?

- 1 너무 적게
- 2 적당하게
- 3 너무 많이

호스피스 케어의 전체적인 점수

39. 설문지 겉 표지에 나와 있는 호스피스에게 귀하의 가족이 받은 케어에 관해서 다음의 질문들에 답변해 주시기 바랍니다. 귀하의 답변에 다른 호스피스로부터 받은 케어는 포함시키지 마십시오.

0 은 최악의 호스피스 케어이고 10 이 최고의 호스피스 케어라고 할 때 0 부터 10 까지의 숫자를 사용해서, 귀하의 가족이 받은 호스피스 케어에 대해 몇 점을 주시겠습니까?

- 0 0 최악의 호스피스 케어
- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 7 7
- 8 8
- 9 9
- 10 10 최고의 호스피스 케어

40. 이 호스피스를 귀하의 친구나 가족에게 추천 하시겠습니까?

- 1 절대 안 함
- 2 안 할 것 같음
- 3 할 것 같음
- 4 확실히 할 것임

귀하의 가족에 관해서

41. 귀하의 가족의 최종 학력이 어떻게 되시나요?

- 1 중졸 이하
- 2 고교 중퇴
- 3 고졸 또는 검정고시(GED)
- 4 대학 중퇴 또는 2년제 대학 학위
- 5 4년제 대학 졸업
- 6 대학원 이상
- 7 모름

42. 귀하의 가족이 히스패닉, 라티노 또는 스페인계 출신인가요?

- 1 아니요, 히스패닉, 라티노, 스페인계 아님
- 2 예, 쿠바 사람
- 3 예, 멕시코 사람, 멕시코계 미국인, 치카노 사람
- 4 예, 푸에르토리칸
- 5 예, 다른 스페인계/히스패닉/라티노

43. 귀하의 가족의 인종이 무엇입니까? 한 개 또는 한 개 이상을 고를 수 있습니다.

- 1 미국 인디안 또는 알래스카 원주민
- 2 아시아인
- 3 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 4 하와이 원주민 혹은 다른 태평양 제도인
- 5 백인

귀하에 관해서

44. 귀하의 연세가 어떻게 되십니까?

- 1 18 ~ 24 세
- 2 25 ~ 34 세
- 3 35 ~ 44 세
- 4 45 ~ 54 세
- 5 55 ~ 64 세
- 6 65 ~ 74 세
- 7 75 ~ 84 세
- 8 85 세 이상

45. 귀하를 남성입니까, 아니면 여성입니까?

- 1 남성
- 2 여성

46. 귀하의 학력이 어떻게 되십니까?

- 1 중졸 이하
- 2 고교 중퇴
- 3 고졸 또는 검정고시(GED)
- 4 대학 중퇴 또는 2년제 대학 학위
- 5 4년제 대학 졸업
- 6 대학원 이상

47. 택에서 사용하시는 주요 언어가 무엇입니까?

- 1 영어
 - 2 스페인어
 - 3 중국어
 - 4 러시아어
 - 5 포르투갈어
 - 6 베트남어
 - 7 폴란드어
 - 8 한국어
 - 9 다른 언어(정자체로 써주세요).
-

감사합니다

작성하신 설문지를 우편요금 선납 반송용 우편 봉투에 넣어서 보내주세요.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]

이 설문조사의 1~47번 문항은 미국 정부의 저작물이며 공유 재산이므로 미국 저작권법의 대상이 아닙니다.

CAHPS® 호스피스 설문 조사

이 호스피스로부터 환자가 받은 케어에 관해서 설문지에 답변해 주시기 바랍니다.

[NAME OF HOSPICE]

이 설문지의 모든 질문들은 이 호스피스와의 경험에 관한 것입니다.

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

OMB#0938-1257

2026 년 07 월 31 에 만료됨

설문 조사 지시 사항

- ◆ 본 설문지는 설문지 커버레터에 적혀있는 사람이 받은 호스피스 케어에 관하여 가장 잘 알고 있는 귀하의 가족 구성원에게 주시기 바랍니다.
- ◆ 설문지를 작성하실 때 어두운 색깔의 펜을 사용하여 주십시오.
- ◆ 질문의 왼쪽에 있는 원을 완전히 채워서 모든 질문에 답변을 해주십시오.
 - 예
 - 아니요
- ◆ 이 설문지에서 몇 개의 질문들은 건너 뛰라고 할 수도 있습니다. 이런 경우, 여기에 나온 것처럼 다음에 답변할 질문이 무엇인지를 말하는 안내와 함께 화살표가 표시되어 있습니다.
 - 예 → **응답이 '예'면 1 번으로 가세요.**
 - 아니요

호스피스 환자

- | | |
|--|--|
| <p>1. 귀하의 설문지 커버 레터에 나와 있는 사람과 어떤 관계 입니까?</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 배우자나 파트너 20 부모 30 시어머니(장모) 또는 시아버지(장인) 40 조부모 50 고모(이모) 또는 삼촌(외삼촌) 60 자매 또는 형제 70 자녀 80 친구 90 이외(정자체로 써주세요). <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> | <p>2. 이 설문지에서, “가족”은 설문지 커버 레터에 나와 있는 사람을 말합니다. 귀하의 가족이 이 호스피스로부터 케어를 받은 장소가 어디입니까? 한가지 이상 선택하십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 집 20 노인 원호 생활 시설 30 양로원 40 병원 50 호스피스 시설/ 호스피스 집 60 이외(정자체로 써주세요). <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> |
|--|--|

귀하의 역할

3. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 케어 받는 가족을 돌보는 데 참여하고 감독을 했습니까?

- 10 전혀 → 응답이 '전혀'이면, 41 번으로 가세요.
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

가족의 호스피스 케어

이 설문지의 나머지 질문에 답변하실 때, 설문지 커버에 나와 있는 이름의 호스피스에 대한 귀하의 가족의 경험만을 생각해 주십시오.

4. 이 설문지에서, 호스피스 팀은 귀하의 가족에게 호스피스 케어를 제공했던 모든 간호사, 의사, 사회 복지사, 목사님 그리고 다른 사람들을 포함합니다. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 질문이 있거나 귀하의 가족을 케어하는 데 도움을 받기 위해 호스피스 팀에게 저녁, 주말, 휴일에 연락을 해야 했습니까?

- 10 예
- 20 아니요 → 응답이 '아니요'면, 6 번으로 가세요.

5. 귀하는 얼마나 자주 호스피스 팀으로부터 저녁, 주말, 휴일에 필요한 도움을 받으셨습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

6. 귀하의 가족이 호스피스의 케어를 받는 동안, 호스피스 팀은 귀하의 가족에게 케어를 위한 방문의 도착 시간을 얼마나 자주 알려 주었습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

7. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하 또는 귀하의 가족이 호스피스 팀에게 도움을 요청 했을 때, 도움을 얼마나 즉시 자주 받았습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

8. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 이해하기 쉽게 설명을 해주었습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

9. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 귀하의 가족의 상태에 관해서 알려 주었습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

10. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀원이 귀하에게 귀하의 가족의 상태나 케어에 관해서 혼란스럽거나 모순되는 정보를 주었습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

11. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 귀하의 가족을 존중하면서 대화하였습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

12. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 귀하의 가족을 보살핀다고 느끼셨습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

13. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하의 가족의 호스피스 케어에 관한 문제에 대해서 호스피스 팀과 이야기를 나누셨습니까?

- 10 예
- 20 아니요 → 응답이 '아니요'면, 15 번으로 가세요.

14. 귀하께서 귀하의 가족의 호스피스 케어에 대해서 호스피스 팀과 이야기 할 때 얼마나 자주 호스피스 팀이 주의 깊게 경청해 주었나요?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

15. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안 통증이 있었던 적이 있습니까?

- 10 예
- 20 아니요 → 응답이 '아니요'면, 17 번으로 가세요.

16. 귀하의 가족이 통증에 따라 필요한 만큼 도움을 받았습니까?

- 10 예, 확실히
- 20 예, 다소
- 30 아니요

17. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 가족 분이 통증 약을 받으셨습니까?

- 10 예
- 20 아니요 → 응답이 '아니요'면, 21 번으로 가세요.

18. 통증 약의 부작용엔 졸림 증상과 같은 것이 있습니다. 호스피스 팀 중 누군가가 귀하 또는 귀하의 가족에게 통증약의 부작용에 대해서 설명했습니까?

- 10 예, 확실히
- 20 예, 다소
- 30 아니

19. 호스피스팀이 귀하께 통증약의 주의
해야할 부작용에 관해서 필요한
안내를 해드렸습니까?

- 10 예, 확실히
- 20 예, 다소
- 30 아니요

20. 호스피스 팀이 귀하께 언제 귀하의
가족에게 통증 약을 더 드려야
되는지 여부와 시기에 관해서
필요한 안내를 해 드렸습니까?

- 10 예, 확실히
- 20 예, 다소
- 30 아니요
- 40 가족에게 통증 약을 줄 필요가
없었다

21. 귀하의 가족이 호스피스 케어를
받는 동안, 귀하의 가족께서
호흡곤란이 있었거나 호흡곤란에
대한 치료를 받으신 적이 있습니까?

- 10 예
- 20 아니요 → 응답이 '아니요'면,
24 번으로 가세요.

22. 귀하의 가족이 호흡 곤란에 관해서
얼마나 자주 필요한 도움을
받았습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

23. 호스피스 팀이 귀하께 귀하의
가족이 호흡 곤란을 느낄때 어떻게
도와야 하는지에 관한 필요한
안내를 해드렸습니까?

- 10 예, 확실히
- 20 예, 다소
- 30 아니요
- 40 가족의 호흡 곤란을 도울 필요가
없었다

24. 귀하의 가족이 호스피스 케어를
받는 동안, 귀하의 가족이 변비로
고생하신 적이 있습니까?

- 10 예
- 20 아니요 → 응답이 '아니요'면
26 번으로 가세요

25. 귀하의 가족이 변비에 관해 얼마나
자주 필요한 도움을 받았습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

26. 귀하의 가족이 호스피스 케어를
받는 중에, 불안이나 슬픔을 보인
적이 있습니까?

- 10 예
- 20 아니요 → 응답이 '아니요'면
28 번으로 가세요.

27. 얼마나 자주 귀하의 가족이 호스피스 팀으로부터 불안이나 슬픈 감정에 도움을 받은 적이 있습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

28. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 안절부절 하거나 불안해 한 적이 있으십니까?

- 10 예
- 20 아니요 → 응답이 '아니요'면
30 번으로 가세요.

29. 호스피스 팀이 귀하께 귀하의 가족이 안절부절 하거나 불안해 할 때 어떻게 해야 되는지에 관해 설명을 해 드렸습니까?

- 10 예, 확실히
- 20 예, 다소
- 30 아니요

30. 귀하의 가족을 움직이게 하는 것에는 침대에서 방향을 바꾸는 것 또는 휠체어에 앉거나 일어나는 것, 또는 침대에 눕거나 일어나는 것이 포함됩니다. 호스피스 팀이 귀하께 어떻게 가족을 안전하게 움직일 수 있는지 필요한 안내를 해 드렸습니까?

- 10 예, 확실히
- 20 예, 다소
- 30 아니요
- 40 가족을 움직일 필요가 없었다.

31. 귀하의 가족께서 돌아가실 때, 호스피스팀이 귀하께서 무엇을 예상하셔야 되는지 원하시는 만큼의 정보를 드렸습니까?

- 10 예, 확실히
- 20 예, 다소
- 30 아니요

호스피스 케어를 양로원에서 받은 경우

32. 어떤 분들은 양로원에 사시면서 호스피스 케어를 받으십니다. 귀하의 가족께서 양로원에 사시면서 호스피스 케어를 받으셨습니까?

- 10 예
- 20 아니요 → 응답이 '아니요'면,
35 번으로 가세요.

33. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 양로원 직원과 호스피스 팀이 얼마나 자주 귀하의 가족을 보살피기 위해서 함께 잘 일했습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

34. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주, 양로원 직원으로부터 귀하의 가족에 관해 받은 정보와 호스피스 팀으로부터 받은 정보가 달랐습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

호스피스에 관한 귀하의 경험

35. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 주의 깊게 귀하께 경청 하였습니까?

- 10 전혀
- 20 때때로
- 30 보통
- 40 항상

36. 종교적이거나 영적인 믿음에 관한 지원은 대화, 기도, 묵상 또는 어떠한 방식으로든 종교적이거나 영적으로 필요한 것을 충족시키는 것을 포함합니다. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하는 호스피스 팀으로부터 얼마나 종교적 그리고 영적인 믿음에 관한 지원을 받으셨습니까?

- 10 너무 적게
- 20 적당하게
- 30 너무 많이

37. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하는 호스피스 팀으로부터 얼마나 정서적인 지원을 받았습니까?

- 10 너무 적게
- 20 적당하게
- 30 너무 많이

38. 귀하의 가족이 돌아가신 후 몇 주 동안, 귀하는 호스피스 팀으로부터 얼마나 정서적인 지원을 받으셨습니까?

- 10 너무 적게
- 20 적당하게
- 30 너무 많이

호스피스 케어의 전체적인 점수

39. 설문지 끝 표지에 나와 있는 호스피스에게 귀하의 가족이 받은 케어에 관해서 다음의 질문들에 답변해 주시기 바랍니다. 귀하의 답변에 다른 호스피스로부터 받은 케어는 포함시키지 마십시오.

0 은 최악의 호스피스 케어이고
10 이 최고의 호스피스 케어라고 할 때 0 부터 10 까지의 숫자를 사용해서, 귀하의 가족이 받은 호스피스 케어에 대해 몇 점을 주시겠습니까?

- 00 0 최악의 호스피스 케어
- 10 1
- 20 2
- 30 3
- 40 4
- 50 5
- 60 6
- 70 7
- 80 8
- 90 9
- 100 10 최고의 호스피스 케어

40. 이 호스피스를 귀하의 친구나 가족에게 추천 하시겠습니까?

- 10 절대 안 함
- 20 안 할 것 같음
- 30 할 것 같음
- 40 확실히 할 것임

귀하의 가족에 관해서

41. 귀하의 가족의 최종 학력이 어떻게 되시나요?

- 10 중졸 이하
- 20 고교 중퇴
- 30 고졸 또는 검정고시(GED)
- 40 대학 중퇴 또는 2년제 대학 학위
- 50 4년제 대학 졸업
- 60 대학원 이상
- 70 모름

42. 귀하의 가족이 히스패닉, 라티노 또는 스페인계 출신인가요?

- 10 아니요, 히스패닉, 라티노, 스페인계 아님
- 20 예, 쿠바 사람
- 30 예, 멕시코 사람, 멕시코계 미국인, 치카노 사람
- 40 예, 푸에르토리칸
- 50 예, 다른 스페인계/히스패닉/라티노

43. 귀하의 가족의 인종이 무엇입니까? 한 개 또는 한 개 이상을 고를 수 있습니다.

- 10 미국 인디안 또는 알래스카 원주민
- 20 아시아인
- 30 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 40 하와이 원주민 혹은 다른 태평양 제도인
- 50 백인

귀하에 관해서

44. 귀하의 연세가 어떻게 되십니까?

- 10 18 ~ 24 세
- 20 25 ~ 34 세
- 30 35 ~ 44 세
- 40 45 ~ 54 세
- 50 55 ~ 64 세
- 60 65 ~ 74 세
- 70 75 ~ 84 세
- 80 85 세 이상

45. 귀하를 남성입니까, 아니면 여성입니까?

- 10 남성
- 20 여성

46. 귀하의 학력이 어떻게 되십니까?

- 10 중졸 이하
- 20 고교 중퇴
- 30 고졸 또는 검정고시(GED)
- 40 대학 중퇴 또는 2년제 대학 학위
- 50 4년제 대학 졸업
- 60 대학원 이상

47. 택에서 사용하시는 주요 언어가 무엇입니까?

- 10 영어
 - 20 스페인어
 - 30 중국어
 - 40 러시아어
 - 50 포르투갈어
 - 60 베트남어
 - 70 폴란드어
 - 80 한국어
 - 90 다른 언어(정자체로 써주세요)
-

감사합니다

작성하신 설문지를 우편요금 선납 반송용 우편 봉투에 넣어서 보내주세요.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]

이 설문조사의 1~47번 문항은 미국 정부의 저작물이며 공유 재산이므로 미국 저작권법의 대상이 아닙니다.

CAHPS® 호스피스 설문 조사

이 호스피스로부터 환자가 받은 케어에 관해서 설문지에 답변해 주시기 바랍니다.

[NAME OF HOSPICE]

이 설문지의 모든 질문들은 이 호스피스와의 경험에 관한 것입니다.

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

OMB#0938-1257

2026년 07월 31에 만료됨

설문 조사 지시 사항

- ◆ 본 설문지는 설문지 커버레터에 적혀있는 사람이 받은 호스피스 케어에 관하여 가장 잘 알고 있는 귀하의 가족 구성원에게 주시기 바랍니다.
- ◆ 설문지를 작성하실 때 어두운 색깔의 펜을 사용하여 주십시오.
- ◆ 질문의 왼쪽에 있는 원을 완전히 채워서 모든 질문에 답변을 해주십시오.
 - 예
 - 아니요
- ◆ 이 설문지에서 몇 개의 질문들은 건너 뛰라고 할 수도 있습니다. 이런 경우, 여기에 나온 것처럼 다음에 답변할 질문이 무엇인지를 말하는 안내와 함께 화살표가 표시되어 있습니다.
 - 예 → **응답이 ‘예’면 1 번으로 가세요.**
 - 아니요

호스피스 환자

1. 귀하의 설문지 커버 레터에 나와 있는 사람과 어떤 관계 입니까?

- 1○ 배우자나 파트너
- 2○ 부모
- 3○ 시어머니(장모) 또는 시아버지(장인)
- 4○ 조부모
- 5○ 고모(이모) 또는 삼촌(외삼촌)
- 6○ 자매 또는 형제
- 7○ 자녀
- 8○ 친구
- 9○ 이외(정자체로 써주세요).

2. 이 설문지에서, “가족”은 설문지 커버 레터에 나와 있는 사람을 말합니다. 귀하의 가족이 이 호스피스로부터 케어를 받은 장소가 어디입니까? 한가지 이상 선택하십시오.

- 1○ 집
- 2○ 노인 원호 생활 시설
- 3○ 양로원
- 4○ 병원
- 5○ 호스피스 시설/ 호스피스 집
- 6○ 이외(정자체로 써주세요).

귀하의 역할

3. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 케어 받는 가족을 돌보는 데 참여하고 감독을 했습니까?

- 1 전혀 → 응답이 '전혀'이면, 41 번으로 가세요.
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

가족의 호스피스 케어

이 설문지의 나머지 질문에 답변하실 때, 설문지 커버에 나와 있는 이름의 호스피스에 대한 귀하의 가족의 경험만을 생각해 주십시오.

4. 이 설문지에서, 호스피스 팀은 귀하의 가족에게 호스피스 케어를 제공했던 모든 간호사, 의사, 사회 복지사, 목사님 그리고 다른 사람들을 포함합니다. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 질문이 있거나 귀하의 가족을 케어하는 데 도움을 받기 위해 호스피스 팀에게 저녁, 주말, 휴일에 연락을 해야 했습니까?

- 1 예
- 2 아니요 → 응답이 '아니요'면, 6 번으로 가세요.

5. 귀하는 얼마나 자주 호스피스 팀으로부터 저녁, 주말, 휴일에 필요한 도움을 받으셨습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

6. 귀하의 가족이 호스피스의 케어를 받는 동안, 호스피스 팀은 귀하의 가족에게 케어를 위한 방문의 도착 시간을 얼마나 자주 알려 주었습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

7. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하 또는 귀하의 가족이 호스피스 팀에게 도움을 요청 했을 때, 도움을 얼마나 즉시 자주 받았습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

8. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 이해하기 쉽게 설명을 해주었습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

9. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 귀하의 가족의 상태에 관해서 알려 주었습니까?

- 1 전혀
- 2 때때로
- 3 보통
- 4 항상

10. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀원이 귀하에게 귀하의 가족의 상태나 케어에 관해서 혼란스럽거나 모순되는 정보를 주었습니까?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

11. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 귀하의 가족을 존중하면서 대화하였습니까?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

12. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 귀하의 가족을 보살핀다고 느끼셨습니까?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

13. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하의 가족의 호스피스 케어에 관한 문제에 대해서 호스피스 팀과 이야기를 나누셨습니까?

- 1○ 예
- 2○ 아니요 → 응답이 '아니요'면, 15 번으로 가세요.

14. 귀하께서 귀하의 가족의 호스피스 케어에 대해서 호스피스 팀과 이야기 할 때 얼마나 자주 호스피스 팀이 주의 깊게 경청해 주었나요?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

15. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안 통증이 있었던 적이 있습니까?

- 1○ 예
- 2○ 아니요 → 응답이 '아니요'면, 17 번으로 가세요.

16. 귀하의 가족이 통증에 따라 필요한 만큼 도움을 받았습니까?

- 1○ 예, 확실히
- 2○ 예, 다소
- 3○ 아니요

17. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 가족 분이 통증 약을 받으셨습니까?

- 1○ 예
- 2○ 아니요 → 응답이 '아니요'면, 21 번으로 가세요.

18. 통증 약의 부작용엔 졸림 증상과 같은 것이 있습니다. 호스피스 팀 중 누군가가 귀하 또는 귀하의 가족에게 통증약의 부작용에 대해서 설명했습니까?

- 1○ 예, 확실히
- 2○ 예, 다소
- 3○ 아니

19. 호스피스팀이 귀하께 통증약의 주의
해야할 부작용에 관해서 필요한
안내를 해드렸습니까?

- 1○ 예, 확실히
- 2○ 예, 다소
- 3○ 아니요

20. 호스피스 팀이 귀하께 언제 귀하의
가족에게 통증 약을 더 드려야
되는지 여부와 시기에 관해서
필요한 안내를 해 드렸습니까?

- 1○ 예, 확실히
- 2○ 예, 다소
- 3○ 아니요
- 4○ 가족에게 통증 약을 줄 필요가
없었다.

21. 귀하의 가족이 호스피스 케어를
받는 동안, 귀하의 가족께서
호흡곤란이 있었거나 호흡곤란에
대한 치료를 받으신 적이 있습니까?

- 1○ 예
- 2○ 아니요 →응답이 '아니요'면,
24 번으로 가세요.

22. 귀하의 가족이 호흡 곤란에 관해서
얼마나 자주 필요한 도움을
받았습니까?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

23. 호스피스 팀이 귀하께 귀하의
가족이 호흡 곤란을 느낄때 어떻게
도와야 하는지에 관한 필요한
안내를 해드렸습니까?

- 1○ 예, 확실히
- 2○ 예, 다소
- 3○ 아니요
- 4○ 가족의 호흡 곤란을 도울 필요가
없었다.

24. 귀하의 가족이 호스피스 케어를
받는 동안, 귀하의 가족이 변비로
고생하신 적이 있습니까?

- 1○ 예
- 2○ 아니요 →응답이 '아니요'면
26 번으로 가세요

25. 귀하의 가족이 변비에 관해 얼마나
자주 필요한 도움을 받았습니까?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

26. 귀하의 가족이 호스피스 케어를
받는 중에, 불안이나 슬픔을 보인
적이 있습니까?

- 1○ 예
- 2○ 아니요 →응답이 '아니요'면
28 번으로 가세요.

27. 얼마나 자주 귀하의 가족이 호스피스 팀으로부터 불안이나 슬픈 감정에 도움을 받은 적이 있습니까?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

28. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 안절부절 하거나 불안해 한 적이 있으십니까?

- 1○ 예
- 2○ 아니요 → 응답이 '아니요'면 30 번으로 가세요.

29. 호스피스 팀이 귀하께 귀하의 가족이 안절부절 하거나 불안해 할 때 어떻게 해야 되는지에 관해 설명을 해 드렸습니까?

- 1○ 예, 확실히
- 2○ 예, 다소
- 3○ 아니요

30. 귀하의 가족을 움직이게 하는 것에는 침대에서 방향을 바꾸는 것 또는 휠체어에 앉거나 일어나는 것, 또는 침대에 눕거나 일어나는 것이 포함됩니다. 호스피스 팀이 귀하께 어떻게 가족을 안전하게 움직일 수 있는지 필요한 안내를 해 드렸습니까?

- 1○ 예, 확실히
- 2○ 예, 다소
- 3○ 아니요
- 4○ 가족을 움직일 필요가 없었다.

31. 귀하의 가족께서 돌아가실 때, 호스피스팀이 귀하께서 무엇을 예상하셔야 되는지 원하시는 만큼의 정보를 드렸습니까?

- 1○ 예, 확실히
- 2○ 예, 다소
- 3○ 아니요

호스피스 케어를 양로원에서 받은 경우

32. 어떤 분들은 양로원에 사시면서 호스피스 케어를 받으십니다. 귀하의 가족께서 양로원에 사시면서 호스피스 케어를 받으셨습니까?

- 1○ 예
- 2○ 아니요 → 응답이 '아니요'면, 35 번으로 가세요.

33. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 양로원 직원과 호스피스 팀이 얼마나 자주 귀하의 가족을 보살피기 위해서 함께 잘 일했습니까?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

34. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주, 양로원 직원으로부터 귀하의 가족에 관해 받은 정보와 호스피스 팀으로부터 받은 정보가 달랐습니까?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

호스피스에 관한 귀하의 경험

35. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 얼마나 자주 호스피스 팀이 주의 깊게 귀하께 경청 하였습니까?

- 1○ 전혀
- 2○ 때때로
- 3○ 보통
- 4○ 항상

36. 종교적이거나 영적인 믿음에 관한 지원은 대화, 기도, 묵상 또는 어떠한 방식으로든 종교적이거나 영적으로 필요한 것을 충족시키는 것을 포함합니다. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하는 호스피스 팀으로부터 얼마나 종교적 그리고 영적인 믿음에 관한 지원을 받으셨습니까?

- 1○ 너무 적게
- 2○ 적당하게
- 3○ 너무 많이

37. 귀하의 가족이 호스피스 케어를 받는 동안, 귀하는 호스피스 팀으로부터 얼마나 정서적인 지원을 받았습니까?

- 1○ 너무 적게
- 2○ 적당하게
- 3○ 너무 많이

38. 귀하의 가족이 돌아가신 후 몇 주 동안, 귀하는 호스피스 팀으로부터 얼마나 정서적인 지원을 받으셨습니까?

- 1○ 너무 적게
- 2○ 적당하게
- 3○ 너무 많이

호스피스 케어의 전체적인 점수

39. 설문지 끝 표지에 나와 있는 호스피스에게 귀하의 가족이 받은 케어에 관해서 다음의 질문들에 답변해 주시기 바랍니다. 귀하의 답변에 다른 호스피스로부터 받은 케어는 포함시키지 마십시오.

0 은 최악의 호스피스 케어이고
10 이 최고의 호스피스 케어라고 할 때 0 부터 10 까지의 숫자를 사용해서, 귀하의 가족이 받은 호스피스 케어에 대해 몇 점을 주시겠습니까?

- 0○ 0 최악의 호스피스 케어
- 1○ 1
- 2○ 2
- 3○ 3
- 4○ 4
- 5○ 5
- 6○ 6
- 7○ 7
- 8○ 8
- 9○ 9
- 10○ 10 최고의 호스피스 케어

40. 이 호스피스를 귀하의 친구나 가족에게 추천 하시겠습니까?

- 1○ 절대 안 함
- 2○ 안 할 것 같음
- 3○ 할 것 같음
- 4○ 확실히 할 것임

귀하의 가족에 관해서

41. 귀하의 가족의 최종 학력이 어떻게 되시나요?

- 1○ 중졸 이하
- 2○ 고교 중퇴
- 3○ 고졸 또는 검정고시(GED)
- 4○ 대학 중퇴 또는 2년제 대학 학위
- 5○ 4년제 대학 졸업
- 6○ 대학원 이상
- 7○ 모름

42. 귀하의 가족이 히스패닉, 라티노 또는 스페인계 출신인가요?

- 1○ 아니요, 히스패닉, 라티노, 스페인계 아님
- 2○ 예, 쿠바 사람
- 3○ 예, 멕시코 사람, 멕시코계 미국인, 치카노 사람
- 4○ 예, 푸에르토리칸
- 5○ 예, 다른 스페인계/히스패닉/라티노

43. 귀하의 가족의 인종이 무엇입니까? 한 개 또는 한 개 이상을 고를 수 있습니다.

- 1○ 미국 인디안 또는 알래스카 원주민
- 2○ 아시아인
- 3○ 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 4○ 하와이 원주민 혹은 다른 태평양 제도인
- 5○ 백인

귀하에 관해서

44. 귀하의 연세가 어떻게 되십니까?

- 1○ 18 ~ 24 세
- 2○ 25 ~ 34 세
- 3○ 35 ~ 44 세
- 4○ 45 ~ 54 세
- 5○ 55 ~ 64 세
- 6○ 65 ~ 74 세
- 7○ 75 ~ 84 세
- 8○ 85 세 이상

45. 귀하를 남성입니까, 아니면 여성입니까?

- 1○ 남성
- 2○ 여성

46. 귀하의 학력이 어떻게 되십니까?

- 1○ 중졸 이하
- 2○ 고교 중퇴
- 3○ 고졸 또는 검정고시(GED)
- 4○ 대학 중퇴 또는 2년제 대학 학위
- 5○ 4년제 대학 졸업
- 6○ 대학원 이상

47. 택에서 사용하시는 주요 언어가 무엇입니까?

- 1○ 영어
 - 2○ 스페인어
 - 3○ 중국어
 - 4○ 러시아어
 - 5○ 포르투갈어
 - 6○ 베트남어
 - 7○ 폴란드어
 - 8○ 한국어
 - 9○ 다른 언어(정자체로 써주세요)
-

감사합니다

작성하신 설문지를 우편요금 선납 반송용 우편 봉투에 넣어서 보내주세요.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]

이 설문조사의 1~47번 문항은 미국 정부의 저작물이며 공유 재산이므로 미국 저작권법의 대상이 아닙니다.

Sample Initial Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

[SAMPLED CAREGIVER NAME] 께:

[HOSPICE NAME]은(는) 환자와 가족이 받은 호스피스 서비스에 관해서 설문조사를 실시하고 있습니다. 귀하는 [DECEDENT NAME]의 간병인으로 확인되었기 때문에 이 설문조사 참여에 선택 되셨습니다. 귀하께서 힘든 시간을 보내고 계실 것이라 알고 있지만, 귀하 그리고 귀하의 가족 또는 친구가 받은 호스피스 케어의 수준에 관해서 알 수 있도록 도와 주시기 바랍니다.

동봉된 설문지에 들어 있는 질문[NOTE THE QUESTION NUMBERS]들은 호스피스의 서비스 수준을 측정하기 위해 미국 보건사회복지부(HHS)에서 후원하는 국가적인 이니셔티브(계획)의 한 부분입니다. HHS의 한 부분인 '메디케어 및 메디케이드 서비스 센터'(CMS)가 호스피스 케어를 증진하기 위해서 이 설문 조사를 진행하고 있습니다. CMS는 미국내 대부분의 호스피스 케어를 재정적으로 지원하고 있습니다. 호스피스 환자와 그의 가족 그리고 친구들이 수준 높은 케어를 받는 것을 보장할 책임이 CMS에 있습니다. 이러한 책임을 이행하기 위한 방법으로 귀하의 가족과 친구들이 받은 호스피스 케어에 관해서 알고자 하는 것입니다. 귀하의 참여는 본인의 선택에 따라 자발적으로 이루어지는 것이며 귀하께서 받으시는 건강 관리와 혜택에는 영향을 미치지 않습니다.

귀하께서 시간을 내셔서 이 설문지를 작성해 주시기 바랍니다. 설문지 작성을 완료하시고 나서 제공된 우편 요금 선납 반송용 우편 봉투로 보내 주시기 바랍니다. 귀하의 답변은 품질 개선의 목적으로 호스피스에 공유 될 수 있습니다. [OPTIONAL:설문지에 나와 있는 번호를 보셨을 것입니다. 이 번호는 귀하께서 설문지를 돌려 보내 주셨는지 확인해서 추가로 후속 편지를 보내지 않도록 확인하기 위한 것입니다.]

동봉된 설문지에 관한 궁금증이 있으시면 무료 전화 번호 1-800-xxx-xxxx 번으로 연락해 주시기 바랍니다. 모든 고객을 위한 호스피스 케어의 품질을 향상시키는 데 도움을 주셔서 감사합니다.

감사합니다.

[HOSPICE ADMINISTRATOR]

[HOSPICE NAME]

Sample Follow-up Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]께:

기록에 따르면 귀하께서는 최근에 [DECEDENT NAME]에서 [NAME OF HOSPICE]의 간병인이셨습니다. 대략 3주 전에, 저희가 귀하께 귀하와 귀하의 가족 또는 친구가 이 호스피스로부터 받은 케어에 관한 설문지를 보냈습니다. 이미 설문지를 돌려 보내 주셨으면 감사드리고요, 이 편지를 무시하셔도 됩니다. 그러나, 아직 안 보내 주셨으면, 시간을 내주셔서 이 중요한 질문서를 작성해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

저희는 귀하가 이번을 기회 삼아 귀하의 가족과 친구들이 받은 케어의 수준에 관해서 저희가 알 수 있도록 도와주시기 바랍니다. 이 설문지의 결과는 모든 미국인들이 최고의 호스피스 케어 받을 수 있도록 보장하는 데 도움을 주기 위해 사용될 것입니다.

동봉한 설문지의 질문[NOTE THE QUESTION NUMBERS]들은 호스피스 케어의 수준을 측정하기 위해서 미국 보건사회복지부(HHS)에서 지원하는 국가 계획의 한 부분입니다. HHS 의 한 부분인 '메디케어 및 메디케이드 서비스 센터'(CMS)가 호스피스 케어를 증진하기 위해서 이 설문 조사를 진행하고 있습니다. CMS 는 미국내 대부분의 호스피스 케어를 재정적으로 지원하고 있습니다. 호스피스 환자와 그의 가족 그리고 친구들이 수준 높은 케어를 받는 것을 보장할 책임이 CMS 에 있습니다. 이러한 책임을 이행하기 위한 방법으로 귀하의 가족과 친구들이 받은 호스피스 케어에 관해서 알고자 하는 것입니다. 귀하의 참여는 본인의 선택에 따라 자발적으로 이루어지는 것이며 귀하께서 받으시는 건강 관리와 혜택에는 영향을 미치지 않습니다.

시간을 내주셔서 동봉한 설문지를 작성해 주시기 바랍니다. 설문지 작성을 마치신 후에 우편 요금 선납 반송 봉투에 넣어서 돌려 보내 주시기 바랍니다. 귀하의 답변은 품질 향상을 위해 호스피스와 공유 될 수 있습니다. [OPTIONAL: 설문지에 나와 있는 번호를 보셨을 것입니다. 이 번호는 귀하께서 설문지를 돌려 보내 주셨는지 확인해서 귀하께 추가로 편지를 보내지 않도록 하기 위한 것입니다.]

동봉된 설문지에 관한 궁금증이나 질문이 있으시면, 무료 전화 1-800-xxx-xxxx번으로 전화해 주시기 바랍니다. 모든 고객을 위한 호스피스 케어 품질 향상을 위해 도움을 주셔서 감사합니다.

감사합니다.

[HOSPICE ADMINISTRATOR]

[HOSPICE NAME]

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must appear in the mailing, either on the cover letter or on the front or back of the questionnaire. In addition, the OMB control number must appear on the front page of the questionnaire. The following is the language that must be used:

Korean Version

1995 년의 종이 삭감법에 따르면, 어느 누구도 유효한 OMB 규제 번호가 없다면 정보 수집에 답변해야 할 책임이 없습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 규제 번호는 0938- 1257 입니다 (2026 년 07 월 31 에 만료됨). 이 정보 수집을 완료하는 데 요구되는 시간은 지시사항을 검토하고, 존재하는 자료의 출처를 찾고, 필요한 자료를 모으고, 정보 수집을 작성하고 검토하는 것을 포함해서, 1-40 번 문제들(이 설문지의 “가족에 관해서” 질문 그리고 “귀하에 관해서” 질문)에 평균 11 분이 걸릴 것으로 예상됩니다. 귀하께서 예상된 시간의 정확성에 관해서 하실 말씀이 있으시거나 이 양식을 개선하는 데 조언을 주고자 하신다면 편지를 보내주시기 바랍니다. 주소: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

Reply-by Date (Optional)

*The following two options are available for adding a reply-by date to the **follow-up cover letter**.*

Placed above the salutation, such as:

답변 만료 날짜: [DATE (mm/dd/yyyy)]

In the fourth paragraph after the sentence, “After you have completed the survey, please return it in the enclosed pre-paid envelope.” An example of allowable reply-by text includes:

[DATE (mm/dd/yyyy)]까지 동봉된 설문조사를 작성하고 우편 요금 선납 봉투에 넣어 보내주시시오.

