

我們需要聽到您的聲音！

請分享您最近一次在癌症中心或醫院就診的體驗。完成此調查需時不到5分鐘。

「您的聲音很重要」（Your Voice Matters）是：

- 一系列問題。透過回答這些問題，您有機會分享您對您就診的癌症中心或醫院的看法。
- 與當地癌症中心和安大略省癌症護理協會（Cancer Care Ontario）分享您的感受的一條途徑，我們希望藉此改進為當地癌症中心和全安大略省的患者和護理人員提供的服務。
- **嚴格保密**且不會影響您接受的醫療服務。您的醫療服務提供者不會看到您在「您的聲音很重要」調查中的回答。

問題1

您是：

- 作為患者本人填寫此份調查
- 記錄某一患者的回答

問題2

如果您是在記錄某一患者的回答，您與該患者的關係是什麼？

- 家庭成員、朋友或護理人員
- 義工
- 醫療服務提供者
- 其他

如果您不是患者，請記錄患者的回答。
請告訴我們該患者最近一次就診的情況。

問題3

您最近一次就診之前是否給診所打過電話，發過電子郵件或短信？

- 是
- 否

問題8

請以您最近一次就診為依據，使用從1到5的尺度給您的醫療服務提供者打分，其中1代表最差體驗，5代表最佳體驗：

	最差			最佳		不適用
	1	2	3	4	5	
認真傾聽您說的話及您的關切	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
討論您的身體症狀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
討論您的情緒憂慮和關切	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
尊重您	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
給您診療的時間充分	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
解釋問題時使用您可以理解的方式	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
以您希望的方式讓您參與和您的醫療服務有關的決定	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
讓您有機會提出問題	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
在您希望的範圍內讓您的朋友或家人參與	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

問題9

請使用從1到5的尺度給下列各項打分，其中1代表最差體驗，5代表最佳體驗

	最差			最佳		不適用
	1	2	3	4	5	
檢查室或治療室舒適整潔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
診所確保您知道在最近一次就診後如果有任何問題或關切應和誰聯繫	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
就診期間獲得的醫療服務品質整體體驗	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

問題10

在離開診所之前，您是否獲得了您所需要的，有關您的醫療計畫中下一步的全部資訊？

- 是
- 否

問題11

請以您最近一次就診的整體體驗為依據，使用從1到5的尺度給下列各項打分，其中1代表最差體驗，5代表最佳體驗：

最差			最佳		不適用
1	2	3	4	5	

您最近一次就診的整體體驗。

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

您對最近一次就診時所見到的醫療團隊的整體信心

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

感謝您完成「您的聲音很重要」調查。

您的回答將有助於改善您和其他患者及其家人、朋友和護理人員的未來體驗。