**附录**

**湖北省养老机构协会会员信息采集表**

**填答说明：**

1. **请会员单位负责人或掌握综合信息资料的工作人员填写问卷。**
2. **采集问卷无对错，请如实填答，我们会每年采集，严格保密。**
3. **选择题，请在相应的选项上打“√”，选出最接近选项，如未说明，选择题均为单选；填空题，请直接填答在横线处。**

**一、养老机构基本信息**

1. 养老机构名称（全称）：

地址：\_\_\_ \_市州\_\_\_\_ \_ 县市区\_\_ \_镇（街道）

2. 养老机构的性质（类型）：

A公办公营 B公办民营 C民办公补 D民办民营

E其他\_\_\_\_ \_\_

3. 养老机构占用房屋的产权性质：

A国有房产 B集体所有房产 C私有（自有）房产 D联合企业房产

E股份制企业房产 F港、澳、台投资房产 G涉外房产

H 其他：

4. 养老机构占用土地的产权性质与分类

土地产权性质：A 国有土地 B集体土地

土地分类：A商业用地 B综合用地 C住宅用地

D工业用地 E其他用地

5. 当前，养老机构占地面积：\_\_\_ \_ \_\_\_ ，

建筑面积：\_\_ \_ \_\_\_，绿化面积：\_\_\_\_\_\_ \_\_\_。

6. 养老机构注册登记时间：\_\_\_ \_\_年\_\_\_\_月。

7. 民政部门核定床位数：\_\_\_\_ \_\_张。

**二、养老机构负责人/法人代表基本信息**

8. 负责人/法人代表姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_（自愿填写）

性别：A男 B女

政治面貌：A中共党员 B民主党派 C无党派人士

9. 负责人/法人代表学历： A未上过学 B小学 C初中

D高中和中专 E大专 F大学本科 G硕士研究生 H博士研究生

10. 负责人/法人代表所获职称等级：

A无 B初级职称 C中级职称 D高级职称

11. 负责人/法人代表所获专业技术资质证书：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

**三、养老机构工作人员基本信息**

12．目前，现有工作人员　　　人。其中，

养老护理人员　　　人，全职执业医师\_\_\_\_\_\_人，

康复技师\_\_\_\_\_人，营养师\_\_\_\_\_\_人，厨师\_\_\_\_\_人，

行政管理人员　　人，财务人员\_\_\_\_\_人，市场营销人员\_\_\_\_人，

物业维修服务人员\_\_\_\_\_\_\_人，社会工作者　　　人，

其他（请注明）\_\_\_\_ \_\_人。

13. 工作人员中，大学本科以上学历者　　人，大专学历者　　　人，

中学或中专学历者　　　人，小学及以下学历者人。

其中，护理专业　　　人，社会工作专业　　　人。

14. 上一年，工作人员参加单位之外培训：\_\_\_\_\_\_\_\_人次，

机构内部组织培训：\_\_\_\_\_\_\_\_人次。

15. 现有工作人员中，持有专业资格证书者：\_\_\_\_\_\_\_\_人，

其中，持有养老护理员证书者：\_\_\_\_\_\_\_\_人

**四、养老机构服务能力**

16. 养老机构周边设施：

距县级及以上城区：\_\_\_\_\_\_公里，距最近的医院：\_\_\_\_\_\_公里

距最近的省级公路：\_\_\_\_公里，距最近的高速路入口：\_\_\_\_\_公里

距最近的高铁站：\_\_ \_\_公里

17. 贵机构是否有以下功能设施（区）？（多选）

A医务室（医院） B健身房（康复室） C文娱活动室

D宗教活动室（专区） E失智者活动专区 F临终关怀室（专区）

18. 老人居住房间及设施设备的等级：

A五星级 B四星级 C三星级 D二星级 E没有

19. 已获得立项的养老建设项目（选最高等级和最新立项项目3个）：

例如，养老护理服务标准化试点项目，2015年，省级

项目名称： 年度 等级

项目名称： 年度 等级

项目名称： 年度 等级

20. 已获得的各类荣誉称号（选最高等级和最新立项项目3个）

荣誉称号： 年度 等级

荣誉称号： 年度 等级

荣誉称号： 年度 等级

21. 贵机构自行制定并实施的养老服务标准（选最具特色的3项）

养老服务标准名称： 年度

养老服务标准名称： 年度

养老服务标准名称： 年度

22．贵机构自行制定并实施的管理制度（选最具特色的3项）

制度名称： 年度

制度名称： 年度

制度名称： 年度

23．在同行中，贵机构最具竞争优势的3项，依次为：

A设施设备    B社工服务    C环境绿化    D收费低    E交通便利

F接收对象无限制    G政府扶持    H信息平台

I其他（请注明）     \_\_\_\_\_\_\_\_

24. 贵机构面临最严峻的3大问题，依次为：

A资金困难    B设备落后    C人力资源匮乏    D缺乏政策支持

E缺乏公众支持    F组织内部管理制度不完善    G环境问题

H组织内部管理的问题    I其他（请注明）    \_\_\_\_\_\_\_\_

25. 在同行中，贵机构最具特色的3项养老服务依次为：

A生活照料 B分级护理 C医疗保健 D康复护理 E精神慰藉

F文化娱乐 G膳食 H 与家属沟通联系 I临终关怀

J其他（请注明）    \_\_\_\_\_\_\_\_

26. 贵机构已购买的养老机构责任险

责任险名称：

投保金额：    \_\_\_\_\_\_\_\_   /年 投保期限：

**五、养老机构入住老人的基本信息**

27. 针对申请入住老人，开展哪些评估（可多选）

A身体护理等级评估 至少 次/年，A-1 自评，A-2第三方评

B养老支付能力评估 至少 次/年，A-1 自评，A-2第三方评

C健康状况评估 至少 次/年，A-1 自评，A-2第三方评

D 其他： 至少 次/年，A-1 自评，A-2第三方评

28. 当前，贵机构入住老人总共\_\_\_\_\_\_\_人，其中：

A 60-70岁\_\_\_人，71-80岁\_\_人，81-90岁\_\_\_人，91岁以上\_\_人；

B自理老人\_\_\_人，部分自理老人\_\_\_人，完全不能自理\_\_\_人；

C失智老人\_\_\_人，

D五保户（供养老人）\_\_\_人

29. 上年度，申请入住老人\_\_\_人，新增入住人数\_\_\_\_人，

退出入住人数\_\_\_\_\_人，入住期间离世老人\_\_\_\_\_\_人。

30. 截止上年底，老人入住时间：

1年以下\_\_\_\_\_人，1-3年\_\_\_\_\_人，3-5年\_\_\_\_人，

5-10年\_\_\_\_\_人，10年以上\_\_\_\_\_人。

31. 入住老人退休前所在单位与职业：

党政机关、党群组织、企业、事业单位负责人\_\_\_\_\_人，

专业技术人员\_\_\_\_\_人，办事人员和有关人员\_\_\_\_\_人，

商业、服务业人员\_\_\_\_\_人，农林牧渔水利业生产人员\_\_\_\_\_人，

生产、运输设备操作人员及有关人员\_\_\_\_\_人，军人\_\_\_\_\_人，

个体工商户及自由职业者\_\_\_\_\_人，其他职业\_\_\_\_\_人。

**六、养老机构运营情况**

32. 上一年度，申请入住人数\_\_\_\_\_人，实际入住人数\_\_\_\_\_人。

33. 上一年度，获得的政府补贴及专项项目：

A政府补贴核定床位\_\_\_\_\_张，补贴标准\_\_\_\_\_元/床/月；

B五保对象补贴标准\_\_\_\_\_元/人/月，零花钱\_\_\_\_\_元/人/月

C补贴专项名称\_\_\_ \_\_，专项资金\_\_\_\_\_元

D补贴专项名称\_\_\_ \_\_，专项资金\_\_\_\_\_元

E补贴专项名称\_\_\_ \_\_，专项资金\_\_\_\_\_元

34. 上一年度，收费标准：\_\_\_\_\_元/人/年，\_\_\_\_\_\_元/人/月

自理老人：\_\_\_\_\_元/人/年，\_\_\_\_\_\_元/人/月

部分自理老人：\_\_\_\_\_元/人/年，\_\_\_\_\_\_元/人/月

完全不能自理：\_\_\_\_\_元/人/年，\_\_\_\_\_\_元/人/月

失智老人：\_\_\_\_\_元/人/年，\_\_\_\_\_\_元/人/月

其中：

护理费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/人/月

住宿费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/人/月

餐饮费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/人/月

其他费用名称     \_\_\_ \_ \_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/人/月

35．上一年度，贵机构最高的3项收入排序依次为：

A老人住宿费，B老人护理费，C老人餐饮费，D政府拨款，

E社会捐赠， F其他收入（请注明）        \_\_\_\_\_\_

36. 上一年度，贵机构最大的3项支出排序依次为：

   A人工费用（工资、奖金、补贴及社会福利等）

   B物业费用（水电、煤气、暖气、房租、食品采购、药品等）

   C资产折旧费用（固定资产折旧）\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D税费支出 \_\_\_\_\_\_\_ E其他（请注明）     \_\_\_

37. 上一年度，贵机构投资名目及数额：

A固定资产总额（租赁房屋场地、购进各种设施等）      \_\_\_\_万元

B负债总额（短期借款、应付利润、应付账款等） \_\_\_\_\_    万元

C其他（请注明）      \_\_\_ ， \_\_\_\_\_    万元

D其他（请注明）      \_\_\_ ， \_\_\_\_\_    万元

38. 上一年度，贵养老机构接受外部投资固定资产（租赁房屋场地、购进各种设施等）：

A 政府投资      \_\_\_\_万元；B 商业企业投资      \_\_\_\_万元

C 民间公益团体投资      \_\_\_\_万元

**七、医养结合情况**

39. 贵机构已经设置的医疗护理机构（没有，不选）

39-1 医务室：A无资质 B有资质

39-2 社区卫生服务中心（乡镇卫生院）A自设 B托管

39-3 医院：A自有医院 B其他医院派驻医疗卫生室、药房

39-4 巡诊医院（签约）\_\_\_\_\_家

40. 现有医疗护理人员

医师（在册在岗）\_\_\_\_\_人，护理人员（在册在岗）\_\_\_\_\_人

巡诊医师（签约）\_\_\_\_\_人，坐诊医师（签约）\_\_\_\_\_人

上年巡诊\_\_\_\_\_人次，上年坐诊\_\_\_\_\_人次

41. 能提供的医疗护理服务是

A体检 B养生 C医疗 E护理 F康复 G临终关怀

42. 医疗护理服务的覆盖范围

A入住养老机构老人 B周边社区（乡村）居家老人 C周边居民

43. 上一年，贵养老机构转送其他医院实施救治的老人人数：

A无 B 1—10人 C 10—20人 D 20—30人

E 30—40人 F 40—50人 G 50人以上

44. 上一年，周边医院转送贵养老机构实施合理康复的老人人数：

A无 B 1—10人 C 10—20人 D 20—30人

E 30—40人 F 40—50人 G 50人以上

**八、养老机构的外部环境**

45. 贵养老机构所在地周边可能形成竞争关系的养老机构数量：

A公办公营       家 B公办民营       家

C民办公补       家 D民办民营       家

E其他\_\_\_\_ \_\_家

46. 贵养老机构最具垄断优势的3项养老服务依次是：

A养老设施设备 B养生 C医疗 E护理 F康复

G临终关怀 H老人基础数据信息

47. 贵养老机构所在地周边5公里范围内，60岁以上老人数量：

A 61-70岁      人        B 71-80岁      人

C 81-90岁       人      D 90岁以上       人

48. 贵养老机构开展实质性合作关系的单位？（可多选）

A企业    B慈善机构及社会团体     C学校     D医院   E没有

**感谢您的合作！请提供联系方式，以保持进一步联系！**

**姓 名：**               **职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**电 话：**  **邮箱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**