

治療觀念問卷調查 (成年)

County / Provider
Use Only

CalOMS Provider ID (required)

--	--	--	--	--	--

Program Reporting Unit (if required by your county):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Treatment Setting (required): OP/IOP Residential OTP/NTP Detox/WM (standalone) Partial hospitalization

• 請回答有關您對此計劃的體驗問題，以幫助改進服務。如果問題是關於您沒有經歷過的事情，請選“不適用”。您的回答是保密的，不會影響當前或未來的服務。

• 請完整填寫氣泡。

正確的 ●

不正確 ⊙ ⊗ ⊕

強烈同意
同意
我保持中立
不同意
強烈不同意
不適用

1. 地點方便(公車,距離,停車,等。)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 當我需要得到服務的時候就有服務。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 我是由醫療提供者幫助我選擇治療的目標。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 職員給我足夠的治療時間。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 職員以尊重來對待我。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 職員用我明白的方法與我說話。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 職員體貼我的文化背景(種族,宗教,語言,等)。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 我在這裏感到受歡迎。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 因為我接受這些服務,所以現在我更能夠做 我想要做的事情。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 作為我所接受的服務的直接結果, 我覺得我對毒品和酒精的渴望減弱了。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 這裏的職員與我的健康護理提供者合作來支持我的身心健康。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 這裏的職員與我的精神健康護理提供者合作來支持我的身心健康。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 這裏的工作人員幫助我根據需要聯繫其他服務(社會服務、住房等)。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 大致上,我對於接受到的服務都滿意。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 我能夠得到需要的所有幫助/服務。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. 我會介紹這個服務機構給一位朋友或家人。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



17. 現在考慮您收到的服務，其中有多少是通過遠程醫療(通過電話或視頻會議)獲得的？

- 沒有 很少 大約一半 差不多是全部 全部

18. 與傳統面對面看醫生相比，您的遠程看醫生有多大幫助？

- 好多了 好一點 差不多 差一點
 不適用

19. 請讓我們知道您的評論。這個計劃最有幫助的是什麼？您對該計劃有什麼改變？

請不要寫任何可能識別您身份的信息。例如，請勿寫您的姓名或電話號碼。

現在告訴我們一些關於您自己的事。

20. 您的性別是(請選擇所有適用的選項)？

- 男 跨性別者:女性變男性
 女 跨性別者:男性變女性
 非二元(既非男性也非女性) 另一種性別認同

21. 您認為自己是否(請選擇所有適用的選項):

- 直/異性戀 酷兒
 男同性戀者或女同性戀者 另一種性取向
 雙性戀 不詳

22. 您是墨西哥/西班牙/拉丁裔後裔嗎？

- 是 不是 不詳

23. 種族/族羣(請選擇所有適用的選項):

- 美國印地安人/阿拉斯加原住民) 白人/高加索人
 亞裔 另一個種族
 黑人/非裔美國人 不詳
 夏威夷原住民/太平洋島人

24. 年齡範圍:

- 18-25 26-35 36-45 46-55 56-64 65+

感謝您用時間來回答這些問題!

23415