

치료에 대한 인식 관련 설문조사 (성인용) - 2025

Print PDF as needed.

Do not photocopy!

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

• 이 프로그램에서 당신이 경험한 것에 관한 아래의 질문들에 응답해 주세요. 당신의 응답은 서비스를 향상 시키는데 도움이 될 것 입니다. 당신이 경험하지 않은 것에 관한 질문일 경우에는 “해당 사항 없음”을 골라주세요.

• 해당하는 동그라미를 완전히 채워주세요



바른 표기: ●

잘못된 표기: ⊙ ⊗ ⊕

	필요 없음	매우 필요	매우 필요	매우 필요	매우 필요	매우 필요
1. 편리한 장소에 있다(대중 교통, 거리, 주차 등).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 필요한 때에 서비스를 받을 수 있었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 의료제공자의 도움을 받아 치료 목표를 선택했다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 치료 과정 동안 의료진은 나에게 충분한 시간을 할애했다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 직원들은 나를 존중해주었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 직원들은 내가 이해할 수 있는 방식으로 얘기했다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다 (인종, 종교, 언어 등).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 이곳에서 환영받는 느낌을 받았다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로서, 내가 하고 싶은 것을 더 잘 할 수 있게 되었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로, 나는 약물 또는 알코올을 덜 열망하게 되었습니다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 이곳의 직원들은 나의 건강을 위해 나의 신체적 건강을 돌보는 의료제공자들과 함께 일한다	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 이곳의 직원들은 나의 건강을 위해 나의 정신적 건강을 돌보는 의료제공자들과 함께 일한다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 이곳의 직원들은 필요한 경우 다른 서비스(사회 서비스, 주거, 기타)에 연결하는 데 나에게 도움이 되었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 내게 필요했던 모든 도움/서비스를 받을 수 있었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. 이 기관을 친구나 친지에게 추천하겠다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 (전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)이 차지하는 비중은 어느 정도입니까? <input type="radio"/> 전혀 없다 <input type="radio"/> 아주 약간 <input type="radio"/> 절반 정도 <input type="radio"/> 거의 대부분 <input type="radio"/> 전부						
18. 전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까? <input type="radio"/> 훨씬 좋았음 <input type="radio"/> 약간 좋았음 <input type="radio"/> 거의 비슷했음 <input type="radio"/> 약간 나빴음 <input type="radio"/> 해당사항 없음						
19. 귀하의 의견이나 생각을 말씀해 주십시오. 저희 프로그램 중에서 가장 도움이 많이 된 점은 무엇입니까? 개선의 여지가 있는 부분은 어떻게 바뀌면 좋겠습니까? 본인의 이름이나 연락처 등 귀하의 개인적 인식사항은 공개하지 마십시오.						

귀하 자신에 대해 몇 가지 말씀해 주십시오.

20. 귀하의 성별은 무엇입니까(해당하는 모든 것을 선택하십시오)?

- ☐ 남성 ☐ 트랜스젠더: 여성에서 남성으로
☐ 여성 ☐ 트랜스젠더: 남성에서 여성으로
☐ 어느 것도 아님 (남성도 여성도 아님)
☐ 또 하나의 성 정체성

21. 귀하는 스스로를 어떻게 생각하십니까 (해당하는 모든 것을 선택하세요):

- ☐ 스트레이트/이성애자 ☐ 퀴어
☐ 게이 또는 레즈비언 ☐ 또 하나의 성 지향성
☐ 양성애자 ☐ 모름

22. 귀하는 멕시코인/히스패닉/라틴아메리카입니까?

- ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름

23. 인종/민족 (해당되는 모든 것을 선택해 주십시오):

- ☐ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 ☐ 백인/코카시안
☐ 아시아인 ☐ 기타 인종
☐ 흑인/아프리카계 미국인 ☐ 모름
☐ 하와이 원주민/태평양 제도인

24. 연령 범위:

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

59006



시간을 내어 설문조사에 응해주셔서 감사합니다!