

County / Provider Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

Grid boxes for Provider ID and Reporting Unit

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

- សូមផ្ដល់ យោបល់ទាំងនេះ ពី អំប៊ុនទិសាត់ មនុស្សនៅក្នុង ផែនការ ដើម្បីជួយបង្កើន សុខភាពនាពេល មក ឡើង ។ សូមប្រើ "មិនអាចត្រូវ" ប្រសិនបើស្ត្រី ឬ អ្នក ដែលមិនមានទិសាត់ ។ ចម្លើយ មនុស្ស មានតួណាះស្នាក់ និមន្តអាចមានកម្រិត ពេលវេលាសំខាន់ លឿន ឬ យឺត ឬ គ្មានការទប់ស្កាត់។
- សូមបំពេញ ៦ ដប់ ទាំងដប់ដប់ ក្រិតិម ១-៦ ដើម្បី វាយតម្លៃ កម្រិត ចិត្តិកម្ម ១ ២ ៣ ៤ ៥

Table with 7 columns: Question, and six Likert scale options (1-6). Contains 19 numbered items related to patient care, treatment, and safety.

Large empty rectangular box for providing additional information or comments.

កង្កែបប្រាប់យើងបន្តិចទៀត ផងដែរ ទ្រង់ ផង ។

- 20. តើអ្នកមានភទ្មជាអ្វី (សូមជ្រើសរើស យ៉ាងណាដែលអ្នក យល់ឃើញ)?
- 21. តើអ្នកគិតអំពី ការងារ របស់អ្នក (សូមជ្រើសរើស យ៉ាងណាដែលអ្នក យល់ឃើញ) :
- 22. តើអ្នកជជែកជម្រះ ជាមួយ គ្រូបង្រៀន ឬ មន្ត្រី ណាមួយ អំពី បញ្ហា របស់អ្នក ឬ ទ្រង់ ផង ឬ ទេ?
- 23. សារៈសំខាន់ របស់ ការងារ (សូមជ្រើសរើស យ៉ាងណាដែលអ្នក យល់ឃើញ) :
- 24. លំដាប់អាយុ: