

치료에 대한 인식 관련 설문조사 (성인용)

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 것입니다. 당신이 경험하지 않은 것에 관한 질문일 경우에는 “해당 사항 없음”을 골라주세요.

• 해당하는 동그라미를 완전히 채워주세요. 바른 표기: ● 잘못된 표기: ○ ⊗ ⊕

매우 좋다	좋다	보통	나쁘다	매우 나쁘다
----------	----	----	-----	-----------

1. 편리한 장소에 있다(대중 교통, 거리, 주차 등).	○	○	○	○	○	○
2. 필요한 때에 서비스를 받을 수 있었다.	○	○	○	○	○	○
3. 의료제공자의 도움을 받아 치료 목표를 선택했다.	○	○	○	○	○	○
4. 치료 과정 동안 의료진은 나에게 충분한 시간을 할애했다.	○	○	○	○	○	○
5. 직원들은 나를 존중해주었다.	○	○	○	○	○	○
6. 직원들은 내가 이해할 수 있는 방식으로 얘기했다.	○	○	○	○	○	○
7. 직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다 (인종, 종교, 언어 등).	○	○	○	○	○	○
8. 이곳에서 환영받는 느낌을 받았다.	○	○	○	○	○	○
9. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로서, 내가 하고 싶은 것을 더 잘 할 수 있게 되었다.	○	○	○	○	○	○
10. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로, 나는 약물 또는 알코올을 덜 열망하게 되었습니다.	○	○	○	○	○	○
11. 이곳의 직원들은 나의 건강을 위해 나의 신체적 건강을 돌보는 의료제공자들과 함께 일한다.	○	○	○	○	○	○
12. 이곳의 직원들은 나의 건강을 위해 나의 정신적 건강을 돌보는 의료제공자들과 함께 일한다.	○	○	○	○	○	○
13. 이곳의 직원들은 필요한 경우 다른 서비스(사회 서비스, 주거, 기타)에 연결하는 데 나에게 도움이 되었다.	○	○	○	○	○	○
14. 제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.	○	○	○	○	○	○
15. 내게 필요했던 모든 도움/서비스를 받을 수 있었다.	○	○	○	○	○	○
16. 이 기관을 친구나 친지에게 추천하겠다.	○	○	○	○	○	○



