

治療觀念問卷調查 (成年)

Print PDF as needed.
Do not photocopy!

只給縣/提供者用

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

請回答有關您在此計劃中經歷的這些問題，以幫助改善服務。您的答案是保密的，不會影響您目前或將來獲得的服務。

如果問題是關於您沒有經驗過的事情，請填 "不適用" 的圓圈。

您的答案必須可以讓電腦閱讀到。所以，請用一支原子筆，把圓圈完全填滿，並且每一條問題只許選擇一個答案。

	真 回 滿 分	真 回	中 中 對 滿 程	真 回 不 滿	真 回 不 滿 分	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. 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"/>
9. 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"/>
10. 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"/>
11. 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"/>
12. 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"/>
13. 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"/>
14. 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"/>

15. 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

16. 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。

17. 您在這裏接受服務有多久？

第一次/日 兩星期或不到兩星期 超過兩星期

18. 性別認明(請填所有適合的圓圈)

女 男 變性人 其他的身份

19. 種族/族群 (請填所有適合的圓圈)

美國印地安人/阿拉斯加原住民 拉丁裔 其他
 垂裔 夏威夷原住民/太平洋島人
 黑人/非裔美國人 白種人/高加索種 不詳

20. 年齡範圍 18-25 26-35 36-45 46-55 56+

感謝您用時間來回答這些問題!

776