

សំរាប់ ខោន ជឺ/អ្នក

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

ផ្តល់ សេ

Grid for CalOMS Provider ID

Grid for Program Reporting Unit

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

- សូមឆ្លើយ យល់ច្បាស់ ទាំងនេះ: អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក នៅក្នុង ឯកម្មវិធីនេះ: ដើម្បី ជួយកែលម្អ ការ ព្យាបាល របស់អ្នក គឺជាការ សម្រាប់ ហើយនឹងមិនមាន ឥទ្ធិពលលើ សេវាកម្ម ឬ ប្រព័ន្ធ ឬ អនាគត ដែល អ្នក ទទួលបាន នោះ ទេ ។



- ល្អ អំពីអ្វី ដែល អ្នក មិនមាន បទពិសោធន៍ទេ សូមបំពេញ ឬ បង្អង់ ខាង ក្រោម នៃ ពាក្យថា "មិនពាក់ព័ន្ធ"
ចំឡើយ របស់អ្នក គួរ តែ អាច អាន ដាច់ ដោយ គុណ្ណ ទី ១ ដូច្នោះ ហើយ យក វា ប្រើ ប៊ិច បំពេញ នូវ វា ម្តង ម្កាល់ អោយ បាន អស់ នឹង វើ សយក តែ ចំឡើយ មួយ តែ ប៉ុណ្ណោះ នៃ សំណួរ នីមួយៗ ។

យល់ព្រមខ្លាំង យល់ព្រម អព្យាក្រឹត មិនយល់ព្រម មិនយល់ព្រមខ្លាំង មិនពាក់ព័ន្ធ

Table with 6 columns (response options) and 15 rows of survey questions regarding treatment perception and satisfaction.

16. សូមអនុញ្ញាត ឱ្យយើង ដឹងពីយោបល់នានា របស់អ្នក ។ តើ អ្វី ដែល មាន ប្រយោជន៍បំផុត អំពីកម្មវិធីនេះ ? តើ អ្នក នឹងផ្តល់ ឬ អ្វី អំពីកម្មវិធីនេះ ?

Large empty box for providing feedback or comments.

ឥឡូវ ប្រាប់ យើងបន្តិច អំពីខ្លួន អ្នក ។

- 17. តើ អ្នក បាន ទទួលសេវាកម្ម ឬនៅទី នេះ: ពេលពិនិត្យ/កាលបរិច្ឆេទដំបូង 2 សប្តាហ៍ ឬក៏ចុង ច្រើនជាង 2 សប្តាហ៍
18. អត្តសញ្ញាណ ភេទ (សូមគូសទាម អសំណា ដែល ល្អ ១) ប្រុស បុរស ខ្ចើយ អត្តសញ្ញាណទេសសេដ្ឋកិច្ច
19. សាខា/ជាក មិនទាន់ (សូមគូសទាម អសំណា ដែល ល្អ ១) អាមេរិក/កាណាដា/ជនជាតិដើមអាឡាសកា ឡាទីណូ ផ្សេងៗ អាស៊ី ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក មិនដឹង ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង ជនជាតិស្បែកស ជនជាតិស្បែកស

20. លំដាប់ អាយុ 18-25 26-35 36-45 46-55 56+



សូមអរគុណ ដែលបាន ចំណាយពេល ឆ្លើយ នូវ សំណួរ ទាំងអស់នេះ !