

치료에 대한 인식 관련 설문조사 (성인용)

Print PDF as needed.
Do not photocopy!

카운티/제공자용

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

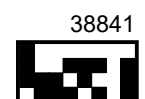
Treatment Setting (required): OP/IOP Residential OTP/NTP Detox/WM (standalone) Partial hospitalization

- 귀하께서 경험한 바를 알아보는 설문에 응답해 주시기 바랍니다. 저희 프로그램을 개선하는데 많은 도움이 됩니다. 귀하께서 답변하신 내용은 비밀이 보장되며, 현재 받고 있는 서비스나 앞으로 받게 될 서비스에는 전혀 불리하게 작용하지 않습니다.
- 귀하께서 접하지 않은 사항에 관련된 질문에는 "해당사항없음" 칸의 동그라미를 채워주십시오.
- 응답하신 내용은 컴퓨터가 인식할 수 있어야 합니다. 펜을 사용해서서 동그라미를 완전히 채워주시고 각 질문에 답 하나만을 선택하십시오.



이 없 음	이 있 음	이 없 음	이 있 음	이 없 음	이 있 음
전 혀 없 음	전 혀 있 음	전 혀 없 음	전 혀 있 음	전 혀 없 음	전 혀 있 음

- | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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 세션 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. 이곳 직원들은 나의 건강을 위해 내 신체적 의료제공자와 협력하여 일한다. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. 이곳 직원들은 나의 건강을 위해 내 정신적 의료제공자와 협력하여 일한다. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. 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"/> |
| 11. 이곳에서 환영받는 느낌을 받았다. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. 제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. 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"/> |
| 14. 이 기관을 친구나 친지에게 추천하겠다. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 (전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)이 차지하
비중은 어느 정도입니까?
<input type="radio"/> 전혀 없다 <input type="radio"/> 매우 조금 <input type="radio"/> 절반 정도 <input type="radio"/> 거의 대부분 <input type="radio"/> 전부 | | | | | | |



16. 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 인적사항은 공개하지 마십시오.

귀하 자신에 대해 몇 가지 말씀해 주십시오.

17. 여기에서 서비스를 받은지는 얼마나 되셨습니까?

- 첫 방문/첫날 2주 이하 2주 이상

18. 성별 인식 (해당되는 모든 사항에 표시하세요)

- 여성 남성 트랜스젠더 그 외 성별 정체성

19. 인종/민족 (해당되는 모든 사항에 표시하세요)

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 | <input type="radio"/> 라티노 | <input type="radio"/> 기타 |
| <input type="radio"/> 아시아인 | <input type="radio"/> 하와이 원주민/태평양 제도인 | |
| <input type="radio"/> 흑인/아프리카계 미국인 | <input type="radio"/> 백인 | <input type="radio"/> 모름 |

20. 연령 범위 18-25 26-35 36-45 46-55 56+

시간을 내어 설문조사에 응해주셔서 감사합니다!

