

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 작용 않습니다.
- 귀하께서 접하지 않은 사항에 관련된 질문에는 "해당 사항 없음" 칸의 동그라미를 채워주십시오.
- 응답하신 내용은 컴퓨터가 인식할 수 있어야 합니다. 펜을 사용해서서 동그라미를 완전히 채워주시고 각 질문에 답 하나만을 선택하십시오.

	매우 불만 족	불만 족	중립 적	만족 함	매우 만족 함
1. 편리한 장소에 있다(대중 교통, 거리, 주차 등).	<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"/>
3. 의료제공자의 도움을 받아 치료 목표를 선택했다.	<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"/>
5. 직원들은 나를 존중해주었다.	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
11. 이곳에서 환영받는 느낌을 받았다.	<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"/>
13. 내게 필요했던 모든 도움/서비스를 받을 수 있었다.	<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"/>

15. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 (전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)이 차지하는 비중은 어느 정도 인가요?
 전혀 없다 매우 조금 절반 정도 거의 대부분 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 (해당 되는 모든 사항에 표시하세요)

- 여성 남성 트랜스젠더 그 외 성별 정체성

19. 인종/민족 (해당 되는 모든 사항에 표시하세요)

- 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 라티노 기타
 아시아인 하와이 원주민/태평양 제도인 모름
 흑인/아프리카계 미국인 백인

20. 연령 범위 18-25 26-35 36-45 46-55 56+

5279



시간을 내어 설문조사에 응해주셔서 감사합니다!