

治療觀念調查(青年)

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。



	強烈同意	同意	我保持中立	不同意	強烈不同意	不適用
1. 服務地點方便我。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 服務的時間方便我。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 在參加治療中我有良好的經驗。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 我和輔導員一起定下治療的目標。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 我接受了對我合適的服務。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 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"/>
7. 我覺得輔導員用時間來聽我要說的話。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 我培養了對輔導員一種正面的和信任的關係。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 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"/>
10. 我覺得輔導員是真誠的對我和明白我。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 我喜歡這裏的輔導員。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 我的輔導員能夠幫助我。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 這裏的職員必定讓我身體上和情緒上的健康得到滿足(身體檢查,沮喪心情等)。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 這裏的職員幫助我其他的議題和對於有關法律上的/緩刑,家庭和教育系統所關心的事情。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 我的輔導員為我的家庭提供需要的服務。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. 因為我接受了服務,以致我更有能力做我想要做的事情。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 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"/>
18. 我會推薦這些服務給有同樣需要幫助的朋友。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 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

20. 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。

21. 您在這裏接受服務有多久？

少過一個月 1 - 5 個月 6 個月或超過

22. 性別認明(請填所有適合的圓圈)

女 男 變性人 其他的身份

23. 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

24. 年齡

--	--

感謝您用時間來回答這些問題!

4984