



County / Provider Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Grid for CalOMS Provider ID

Program Reporting Unit (if required by your county):

Grid for Program Reporting Unit



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

請回答有關您對此計劃的體驗問題，以幫助改進服務。如果問題是關於您沒有經歷過的事情，請選“不適用”。您的回答是保密的，不會影響當前或未來的服務。

請完整填寫氣泡。

正確的 ●

不正確 ⊙ ⊗ ⊕

Strongly Agree Agree Neutral Disagree Strongly Disagree Not Applicable

Table with 16 rows of survey questions and 6 columns of response options.

17. 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？

18. 與傳統面對面看醫生相比，您的遠程看醫生有多大幫助？

19. 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？

Large empty box for written comments.

現在告訴我們一些關於您自己的事。

20. 您的性別是(請選擇所有適用的選項)？

- Gender options: 男, 女, 跨性別者, 非二元, 另一種性別認同

21. 您認為自己是否(請選擇所有適用的選項)：

- Sexual orientation options: 直/異性戀, 男同性戀者或女同性戀者, 雙性戀, 酷兒, 另一種性取向, 不詳

22. 您是墨西哥/西班牙/拉丁裔後裔嗎？

- Options: 是, 不是, 不詳

23. 種族/族羣 (請選擇所有適用的選項):

- Race/ethnicity options: 美國印地安人/阿拉斯加原住民, 亞裔, 黑人/非裔美國人, 夏威夷原住民/太平洋島人, 白人/高加索人, 另一個種族, 不詳

24. 年齡範圍:

- Age range options: 18-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-64, 65+

54625



感謝您用時間來回答這些問題！