

# 治療觀念問卷調查 (成年)

Print PDF as needed.

2024

**Do not photocopy!**

County / Provider  
Use Only

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 ⊙

⊗

⊖

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. 作為我所接受的服務的直接結果,我覺得我對毒品和酒精的渴望減弱了。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 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"/>
19. 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"/>

30026



20. 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

21 與傳統面對面看醫生相比，您的遠程看醫生有多大幫助？  
 好多了  好一點  差不多  差一點  
 不適用

22 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。

23. 您的性別是(請選擇所有適用的選項)？  
 男  跨性別者:女性變男性  
 女  跨性別者:男性變女性  
 非二元(既非男性也非女性)  另一種性別認同

24. 您認為自己是否(請選擇所有適用的選項):  
 直/異性戀  酷兒  
 男同性戀者或女同性戀者  另一種性取向  
 雙性戀  不詳

25. 您是墨西哥/西班牙/拉丁裔後裔嗎？  
 是  不是  不詳

26. 種族/族羣(請選擇所有適用的選項):  
 美國印地安人/阿拉斯加原住民  白人/高加索人  
 亞裔  另一個種族  
 黑人/非裔美國人  不詳  
 夏威夷原住民/太平洋島人

27. 年齡::

感謝您用時間來回答這些問題

30026