

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

- 服務地點方便我。
- 服務的時間方便我。
- 在參加治療中我有良好的經驗。
- 我和輔導員一起定下治療的目標。
- 我接受了對我合適的服務。
- 職員以尊重來對待我。
- 我覺得輔導員用時間來聽我要說的話。
- 我培養了對輔導員一種正面的和信任的關係。
- 職員體貼我的文化背景(種族,宗教,語言,等)。
- 我覺得輔導員是真誠的對我和明白我。
- 我喜歡這裏的輔導員。
- 我的輔導員能夠幫助我。
- 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)。
- 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。
- 我的輔導員為我的家庭提供需要的服務。
- 因為我接受了服務,以致我更有能力做我想要做的事情。
- 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。
- 大致上,我對於接受到的服務都滿意。
- 我會推薦這些服務給有同樣需要幫助的朋友。
- 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
- 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
- 女
- 跨性別者:女性變男性
- 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
- 男同性戀者或女同性戀者
- 雙性戀
- 酷兒
- 另一種性取向
- 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
- 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

27. 年齡:

34806

感謝您用時間來回答這些問題!