

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. 地點方便(公車,距離,停車,等。)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 當我需要得到服務的時候就有服務。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 我是由醫療提供者幫助我選擇治療的目標。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 職員給我足夠的治療時間。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 職員以尊重來對待我。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 職員用我明白的方法與我說話。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 職員體貼我的文化背景(種族,宗教,語言,等)。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 我在這裏感到受歡迎。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 因為我接受這些服務,所以現在我更能夠做 我想要做的事情。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 這裏的職員與我的健康護理提供者合作來支持我的身心健康。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. 這裏的職員與我的精神健康護理提供者合作來支持我的身心健康。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. 這裏的工作人員幫助我根據需要聯繫其他服務(社會服務、住房等)。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. 大致上,我對於接受到的服務都滿意。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. 我能夠得到需要的所有幫助/服務。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. 我會介紹這個服務機構給一位朋友或家人。	☐	☐	☐	☐	☐	☐



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?

☐ 沒有 ☐ 很少 ☐ 大約一半 ☐ 差不多是全部 ☐ 全部

18. 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 ☐ 不適用 ☐ 好一點 ☐ 差不多 ☐ 差一點

19. 請留下您對於治療經歷的其他意見。請不要填寫任何可識別您個人身分的資訊, 例如不要寫下您的姓名或電話號碼。本欄位不可用於通報緊急狀況或危機事件。如需立即協助, 請聯絡您的醫療服務提供者或撥打 911。

現在告訴我們一些關於您自己的事。

20. 您的生理性別是?

☐ 男 性 ☐ 女 性

21. 年齡範圍:

☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+

22. 您是墨西哥/西班牙/拉丁裔後裔嗎?

☐ 是 ☐ 不是 ☐ 不詳

23. 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

33117

感謝您用時間來回答這些問題!