

治療觀念問卷調查 (成年)

FOR PRINT ONLY – DO NOT PHOTOCOPY 2026



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

- 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。

- 您的生理性別是?
☐ 男性 ☐ 女性

- 年齡:

--	--

- 您是墨西哥/西班牙/拉丁裔後裔嗎?
☐ 是 ☐ 不是 ☐ 不詳

- 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

39101



感謝您用時間來回答這些問題!