

ការអង្កេត អំពីការយល់ដឹងនៃការព្យាបាល (មនុស្សចាស់)

Print PDF as needed.
Do not photocopy!



សំរាប់ខោន ជី/អូ
កម្ពុល សេ

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

• សូមឆ្លើយ សំណួរខាងក្រោមនេះ ស្តី អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក ក្នុង ឯកម្មវិធីនេះ



• ស្តី អំពីអ្វី ដែលអ្នក មិនមានបទពិសោធន៍ទេ

សូមបំពេញរង្វង់ ខាងក្រោមនៃពាក្យថា "មិនពាក់ព័ន្ធ"

• មិនត្រូវសរសេរឈ្មោះ របស់អ្នក នៅលើទំព័រនេះឡើយ។

• ចម្លើយរបស់អ្នក គួរតែអាចអានដាច់ដោយកុំព្យូទ័រ។ ដូច្នោះ ហើយត្រូវប្រើ ប៊ិច បំពេញរង្វង់ អោយបានអស់ នឹងស្វែងយកតែចម្លើយមួយ តែប៉ុណ្ណោះ នៃសំណួរនីមួយៗ។

យល់ប្រុងខ្លាំង
យល់ប្រុង
អព្យាក្រឹត
មិនយល់ប្រុង
មិនយល់ប្រុងខ្លាំង
មិនពាក់ព័ន្ធ

- | | |
|---|-------------|
| 1. ទីតាំងមានភាពងាយស្រួល (ការធ្វើដំណើរដោយរថយន្តក្រុង ឯ ចំងាយផ្លូវ រឺ ចំណត ។ល។) | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 2. សេវាកម្មអាចរកបានភ្លាម នៅពេលដែលខ្ញុំ ត្រូវការវា | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 3. ខ្ញុំ បានជ្រើសរើសផែនការព្យាបាលនានា តាមការជួយរបស់អ្នក ផ្តល់ សេវាអោយខ្ញុំ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 4. បុគ្គលិកបានផ្តល់ ពេលវេលាអោយខ្ញុំ បានគ្រប់គ្រាន់
ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 5. បុគ្គលិកបានព្យាបាលរូបខ្ញុំ ដោយមានការគោរព | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 6. បុគ្គលិកបាននិយាយជាមួយខ្ញុំ ក្នុងមធ្យោបាយមួយដែលខ្ញុំ បានយល់ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 7. បុគ្គលិកមានការទោទន់ បត់បែន ទៅតាមប្រវត្តិ សាវតារ វប្បធម៌របស់ខ្ញុំ (ជាតិសាសនា សាសនា ភាសា ។ល។) | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 8. បុគ្គលិកទីនេះ
ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាលសុខភាពរាងកាយរបស់ខ្ញុំនានា
ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 9. បុគ្គលិកទីនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នក ផ្តល់ ការថែទាំព្យាបាល
សុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ នានា ដើម្បី គាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 10. ជាលទ្ធផល លដោយផ្ទាល់នូវសេវាកម្មនានា ដែលខ្ញុំ កំពុងទទួល
ខ្ញុំ មានលទ្ធភាពប្រសើរជាងមុន ក្នុងការធ្វើការអ្វីផ្សេង នានា ដែលខ្ញុំចង់ធ្វើ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 11. ខ្ញុំ មានអារម្មណ៍ ថា គេស្មោះត្រង់ខ្ញុំ នៅទីនេះ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 12. ជាទូទៅខ្ញុំ មានការទេញចិត្តនឹង ឯទេវាកម្មនានា ដែលខ្ញុំ បានទទួល | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 13. ខ្ញុំ បានទទួលនូវរាល់ការជួយ/សេវាកម្មនានា ទាំងអស់ ដែលខ្ញុំ ត្រូវការ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 14. ខ្ញុំ នឹងធ្វើការណែនាំស្តី បំនែងនេះ ទៅកាន់មិត្តភក្តិ ក្រុម ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ |



63589



យោបល់នានា

សូមកុំសរសេរព័ត៌មាននានាណា ដែលអាចនឹងកំណត់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក រួមទាំងកុំដាក់ឈ្មោះអ្នក
នឹង/ឬ លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម

1. តើអ្នក បានទទួលសេវាកម្មនៅ ទីនេះ:

- ពេលពិនិត្យ/កាលបរិច្ឆេទដំបូង សប្តាហ៍ ឬតិចជាង ច្រើនជាង 2 សប្តាហ៍

2. អត្តសញ្ញាណភេទ (សូមគូសទាំងអស់ណា ដែលត្រូវ)

- ស្រី បុរស ឌឺម អត្តសញ្ញាណទេសសេដ្ឋកិច្ច បដិសេធមិនឆ្លើយ

3. សារ័ណ៍/ជាតិទេសភាព (សូមគូសទាំងអស់ណា ដែលត្រូវ)

- អាមេរិកាឥណ្ឌា/ជនជាតិដើមអាឡាសកា ឡាទីណា ផ្សេងៗ
 អាស៊ី ជនជាតិដើមហាវៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក មិនដឹង
 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង ជនជាតិស្បែកស/កូកាសៀន

4. លំដាប់អាយុ 18-25 26-35 36-45 46-55 56+

សូមអរគុណ ដែលបានចំណាយពេលឆ្លើយ នូវសំណួរទាំងអស់នេះ!