

治療觀念問卷調查 (成年)

Print PDF as needed.
Do not photocopy!

只給縣/提供者用

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

- 請回答這些關於您在這個計劃的經驗。
- 如果問題是關於您沒有經驗過的事情,請填 "不適合"的圓圈。
- 不要寫您的名字在這張表格上。
- 您的答案必須可以讓電腦閱讀到。所以,請用一支原子筆,把圓圈完全填滿,並且每一條問題只許選擇一個答案。

	強烈同意	同意	中立 我保持中立	不同意	強烈不同意	不適合
1. 地點方便(公車,距離,停車,等。)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 當我需要得到服務的時候就有服務。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 我是由醫療提供者幫助我選擇治療的目標。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 職員給我足夠的治療時間。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 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"/>
6. 職員用我明白的方法與我說話。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 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"/>
8. 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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.我在這裏感到受歡迎。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.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"/>
13.我能夠得到需要的所有幫助/服務。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.我會介紹這個服務機構給一位朋友或家人。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



意見

請不要寫任何可以認明您身份的資料，包括您的名字和/或是電話號碼。

請回答以下問題

1. 您在這裏接受服務有多久

- 第一次/日 兩星期或不到兩星期 超過兩星期

2. 性別認明(請填所有適合的圓圈)

- 女 男 變性人 其他性別的身份 謝絕回答

3. 種族/族群 (請填所有適合的圓圈)

- 美國印地安人/阿拉斯加原住民 拉丁裔 其他
 亞裔 夏威夷原住民/太平洋島人
 黑人/非裔美國人 白種人/高加索種 不詳

4. 年齡範圍 18-25 26-35 36-45 46-55 56+

感謝您用時間來回答這些問題!

