

치료에 대한 인식 관련 설문조사 (성인용)

Print PDF as needed.
Do not photocopy!

카운티/제공자용

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

• 다음 질문들에 답하셔서 이 프로그램에 대한 귀하의 경험을 나눠주시기 바랍니다.

• 귀하께서 접하지 않은 사항에 관련된 질문에는 "해당사항없음" 칸의 동그라미를 채워주십시오.

• 이 양식에 이름을 적지 마십시오.

• 응답하신 내용은 컴퓨터가 인식할 수 있어야 합니다. 펜을 사용하셔서 동그라미를 완전히 채워주시고 각 질문에 답 하나만을 선택하십시오.

	필 이 내 배 의 간 진	필 이 내 배	민 간 필 요 제	일 일 의 간 진	일 일 의 간 진	일 일 의 간 진
1. 편리한 장소에 있다(대중 교통, 거리, 주차 등).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 필요한 때에 서비스를 받을 수 있었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 의료제공자의 도움을 받아 치료 목표를 선택했다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 치료 세션 동안 의료진은 나에게 충분한 시간을 할애했다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 직원들은 나를 존중해주었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 직원들은 내가 이해할 수 있는 방식으로 얘기했다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다(인종, 종교, 언어 등).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 이곳 직원들은 나의 건강을 위해 내 신체적 의료제공자와 협력하여 일한다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 이곳 직원들은 나의 건강을 위해 내 정신적 의료제공자와 협력하여 일한다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로서, 내가 하고 싶은 것을 더 잘 할 수 있게 되었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 이곳에서 환영받는 느낌을 받았다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 내게 필요했던 모든 도움/서비스를 받을 수 있었다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 이 기관을 친구나 친지에게 추천하겠다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

의견

성명 및/또는 전화 번호를 포함하여 본인 신원을 확인할 수 있는 정보를 적지 마시기 바랍니다

아래 질문에 답하여 주시기 바랍니다.

1. 여기에서 서비스를 받은지는 얼마나 되셨습니까?

첫 방문/첫날 2주 이하 2주 이상

2. 성별 인식 (해당되는 모든 사항에 표시하세요)

여성 남성 트랜스젠더 그 외 성별 정체성 답변 거부

3. 인종/민족 (해당되는 모든 사항에 표시하세요)

아메리칸 인디언/알래스카 원주민 라티노 기타
 아시아인 하와이 원주민/태평양 제도인
 흑인/아프리카계 미국인 백인/코카커스계 모름

4. 연령 범위 18-25 26-35 36-45 46-55 56+

시간을 내어 설문조사에 응해주셔서 감사합니다!

51672

