

治療觀念問卷調查 (成年)

CalOMS Provider ID:

Program Reporting Unit (address):

Setting:  Early Intervention  OP/IOP  Residential  OTP  Detox/WM  Recovery Services

請回答有關您在此計劃中經歷的這些問題，以幫助改善服務。如果問題涉及您未經歷過的事情，請選擇“不適用”。您的答案是保密的，不會影響您當前或未來獲得的服務。  
請勿在此表格上寫下您的姓名。

您的答案必須可以讓電腦閱讀到。因此，請使用黑色筆並在框中畫一個“X”。每個問題問題只許選擇一個答案。

正確



不正確



今天的日期(月/日/年)

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)。	<input type="checkbox"/>					
2. 當我需要得到服務的時候就有服務。	<input type="checkbox"/>					
3. 我是由醫療提供者幫助我選擇早期干預/治療/康復的目標。	<input type="checkbox"/>					
4. 職員給我足夠的早期干預/治療/康復的。	<input type="checkbox"/>					
5. 職員以尊重來對待我。	<input type="checkbox"/>					
6. 職員用我明白的方法與我說話。	<input type="checkbox"/>					
7. 職員體貼我的文化背景 (種族, 宗教, 語言, 等)。	<input type="checkbox"/>					
8. 我在這裡感到賓至如歸。	<input type="checkbox"/>					
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。	<input type="checkbox"/>					
10. 由於我接受的服務, 我對毒品和酒精的渴望減少了。	<input type="checkbox"/>					
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。	<input type="checkbox"/>					
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。	<input type="checkbox"/>					
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)。	<input type="checkbox"/>					
14. 大致上,我對於接受到的服務都滿意。	<input type="checkbox"/>					
15. 我能夠得到需要的所有幫助/服務。	<input type="checkbox"/>					
16. 我會介紹這個服務機構給一位朋友或家人。	<input type="checkbox"/>					
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?	<input type="checkbox"/>					
18. 與傳統的面對面就診相比, 您的遠程醫療就診有多大幫助?	<input type="checkbox"/>					
19. 當您進入治療計劃時, 計劃工作人員是否向您提供了患者的副本手冊或告訴您在哪裡可以找到它?	<input type="checkbox"/>					
20. 項目工作人員是否向您展示了患者指導視頻?	<input type="checkbox"/>					
21. 觀看患者指導視頻幫助我更好地了解藥物濫用障礙洛杉磯縣的系統。	<input type="checkbox"/>					
22. 觀看患者指導視頻幫助我獲得了可用於訪問所有可用的藥物濫用障礙服務的信息。	<input type="checkbox"/>					



23. 評論:請讓我們知道您的評論。這個計劃最有幫助的是什麼? 您對該計劃有什麼改變? 請不要寫任何可能識別您身份的信息。例如, 請勿寫您的姓名或電話號碼。

現在告訴我們一些關於你自己的事情

24. 您在這裏接受服務有多久?

- 第一次/日
- 兩星期或不到兩星期
- 超過兩星期不到四個星期
- 四星期或超過四星期

25. 年齡範圍:

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

26. 你無家可歸嗎?

- 是的     不

27. 您是否正在接受復健激勵/應急措施管理服務?

- 是的     不

28. 您目前的性別認同是什麼 (注意: 這是您識別自己的方式, 可能與您出生時被分配的性別不同)?

- 男性
- 女性
- 跨性別者: 女性變男性
- 跨性別者: 男性變女性
- 性別酷兒, 既不是男性也不是女性
- 額外的性別類別或其他: (請描述)
- 寧願不說

29. 您出生時的性別是什麼?

- 女性     男性
- 其他: (請描述)     寧願不說

30. 你的性取向是什麼?

- 直/異性戀     無性戀
- 女同性戀、     其他: (請描述)
- 同性戀 (男)
- 雙性戀
- 不知道
- 泛性戀     酷兒
- 寧願不說

31. 您是墨西哥/西班牙/拉丁裔後裔嗎?

- 是的     不     不詳

32. 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
- 垂裔
- 黑人/非裔美國人
- 夏威夷原住民/太平洋島人
- 白種人/高加索種
- 其他: (請描述)
- 不詳

33. 殘疾狀況 (請勾選所有適用項):

- 肢體殘疾
- 視障人士/盲人
- 聽力障礙/耳聾
- 同時發生的心理健康狀況
- 發育或智力障礙
- 其他: (請描述)
- 沒有任何

34. 您的刑事司法參與狀況如何?

- 釋放後社區監督 (AB109) 或任何聯邦、州或地方司法管轄區的緩刑
- 等待審判、指控或判刑
- 從任何其他司法管轄區假釋
- 任何其他刑事司法參與
- 不涉及刑事司法