

治療觀念問卷調查 (青年)

CalOMS Provider ID:

--	--	--	--	--	--

Program Reporting Unit (address):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Setting: Early Intervention OP/IOP Residential Recovery Support 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 當我需要得到服務的時候就有服務。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 在參加早期干預/治療/康復的中我有良好的經驗。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我和輔導員一起定下早期干預/治療/康復的的目標。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我接受了對我合適的服務。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 職員以尊重來對待我。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我覺得輔導員用時間來聽我要說的話。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我與我的顧問建立了積極、信任的關係。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 職員體貼我的文化背景 (種族, 宗教, 語言, 等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我覺得輔導員是真誠的對我和明白我。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我喜歡這裏的輔導員。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我的輔導員能夠幫助我。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 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)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 我的輔導員為我的家庭提供需要的服務。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 因為我接受了服務, 以致我更有能力做我想要做的事情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 大致上, 我對於接受到的服務都滿意。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我會推薦這些服務給有同樣需要幫助的朋友。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 很少	<input type="checkbox"/> 大約一半	<input type="checkbox"/> 差不多是全部	<input type="checkbox"/> 全部
21. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 好多了	<input type="checkbox"/> 稍微好一點	<input type="checkbox"/> 差不多	<input type="checkbox"/> 還差一些	<input type="checkbox"/> 不適用



22. 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

23. 你在這裏接受服務有多久?

- 不到一個月
- 一到五個月
- 6 個月或以上

24. 年齡:

--	--

25. 你是否參加了 Medi-Cal?

- 是的
- 不

26. 你目前的性別認同是什麼 (注意: 這是你識別自己的方式, 可能與你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

27. 你出生時的性別是什麼?

- 女性
- 男性
- 其他:
- 拒絕回答

28. 你的性取向是什麼?

- 同性戀
- 異性戀
- 雙性戀
- 其他: (請描述)
- 不知道
- 寧願不說

29. 你是墨西哥/西班牙/拉丁裔後裔嗎?

- 是的
- 不
- 不詳

30. 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
- 不詳

31. 殘疾狀況 (請勾選所有適用項): (請勾選所有適用項)

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

32. 你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

感謝你用時間來回答這些問題!