

County / Provider Use Only

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

• 이 프로그램에서 당신이 경험한 것에 관한 아래의 질문들에 응답해 주세요. 당신의 응답은 서비스를 향상 시키는데 도움이 될 것 입니다. 당신이 경험하지 않은 것에 관한 질문일 경우에는 “해당 사항 없음”을 골라주세요.

• 해당하는 동그라미를 완전히 채워주세요

바른 표기: ● 잘못된 표기: ○ ⊗ ⊙

이 곳 내 이 곳 내	이 곳 내	이 곳 내	이 곳 내	이 곳 내	이 곳 내
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 서비스 제공 장소는 나에게 편리한 곳이었다.
- 나에게 편리한 시간대에 서비스를 제공받을 수 있었다.
- 치료 등록은 내게 좋은 경험이었다.
- 내 카운슬러와 나는 함께 의논하여 치료 목표를 세웠다.
- 나에게 알맞는 서비스를 받았다.
- 직원들은 나를 존중해주었다.
- 내 카운슬러는 내가 하고 싶은 얘기를 할 수 있도록 충분히 시간을 들였다고 생각한다.
- 나는 내 카운슬러와 긍정적이고 신뢰할 수 있는 관계를 쌓았다.
- 직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다 (인종, 종교, 언어 등).
- 내 카운슬러는 내게 진심으로 관심을 갖고 있었고 나를 이해해주었다고 생각한다.
- 이곳의 내 카운슬러가 마음에 들었다.
- 내 카운슬러는 나를 도와줄 능력이 있다.
- 이곳 직원들은 나의 신체적 및 정서적인 건강에 필요한 모든 부분(신체검사, 우울증세 등)이 반드시 충족되도록 한다.
- 법률/보호관찰, 가족, 교육 시스템 등과 관련하여 내가 갖고 있던 다른 문제들과 우려사항들에 대해서 이곳 직원들에게 도움을 받았다.
- 내 카운슬러는 내 가족에게 필요한 서비스를 제공했다.
- 제공받은 서비스의 결과로, 나는 하고 싶어하는 일을 더 잘 할 수 있게 되었다.
- 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로, 나는 약물 또는 알코올을 덜 열망하게 되었습니다.
- 제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.
- 나와 비슷한 도움이 필요한 친구가 있다면 이 서비스를 추천할 것이다.

20. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 (전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)이 차지하는  
○ 전혀 없다 ○ 아주 약간 ○ 절반 정도 ○ 거의 대부분 ○ 전부

21. 전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까?  
○ 훨씬 좋았음 ○ 약간 좋았음 ○ 거의 비슷했음 ○ 약간 나빴음  
○ 해당사항 없음

22. 귀하의 의견이나 생각을 말씀해 주십시오. 저희 프로그램 중에서 가장 도움이 많이 된 점은 무엇입니까?  
개선의 여지가 있는 부분은 어떻게 바뀌면 좋겠습니까?

본인의 이름이나 연락처 등 귀하의 개인적 인적사항은 공개하지 마십시오.

귀하 자신에 대해 몇 가지 말씀해 주십시오.

23. 귀하의 성별은 무엇입니까(해당하는 모든 것을 선택하십시오)?  
○ 남성 ○ 트랜스젠더: 여성에서 남성으로  
○ 여성 ○ 트랜스젠더: 남성에서 여성으로  
○ 어느 것도 아님(남성도 여성도 아님) ○ 또 하나의 성 정체성

24. 귀하는 스스로를 어떻다고 생각하십니까 (해당하는 모든 것을 선택하세요):  
○ 스트레이트/이성애자 ○ 퀴어  
○ 게이 또는 레즈비언 ○ 또 하나의 성 지향성  
○ 양성애자 ○ 모름

25. 귀하는 멕시코인/히스패닉/라틴아메리카입니까?  
○ 예 ○ 아니오 ○ 모름

26. 인종/민족 (해당되는 모든 것을 선택해 주십시오):  
○ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 ○ 백인/코카시안  
○ 아시아인 ○ 기타 인종  
○ 흑인/아프리카계 미국인 ○ 모름  
○ 하와이 원주민/태평양 제도인

27. 나이:

시간을 내어 설문조사에 응해주셔서 감사합니다!

37392

