

治療觀念問卷調查 (成年) - 2025

Print PDF as needed.

Do not photocopy!

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

• 請回答有關您對此計劃的體驗問題，以幫助改進服務。如果問題是關於您沒有經歷過的事情，請選“不適用”。您的回答是保密的，不會影響當前或未來的服務。

• 請完整填寫氣泡。



正確的 ●

不正確 ⊙ ⊗ ⊙

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="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. 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"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 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"/>
15. 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"/>
16. 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"/>

45141



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?

- ☐ 沒有 ☐ 很少 ☐ 大約一半 ☐ 差不多是全部 ☐ 全部

18. 與傳統面對面看醫生相比, 您的遠程看醫生有多大幫助?

- ☐ 好多了 ☐ 不適用 ☐ 好一點 ☐ 差不多 ☐ 差一點

19. 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您自己的事。

20. 您的性別是(請選擇所有適用的選項)?

- ☐ 男 ☐ 跨性別者: 女性變男性
☐ 女 ☐ 跨性別者: 男性變女性
☐ 非二元(既非男性也非女性) ☐ 另一種性別認同

21. 您認為自己是否(請選擇所有適用的選項):

- ☐ 直/異性戀 ☐ 酷兒
☐ 男同性戀者或女同性戀者 ☐ 另一種性取向
☐ 雙性戀 ☐ 不詳

22. 您是墨西哥/西班牙/拉丁裔後裔嗎?

- ☐ 是 ☐ 不是 ☐ 不詳

23. 種族/族羣 (請選擇所有適用的選項):

- ☐ 美國印地安人/阿拉斯加原住民) ☐ 白人/高加索人
☐ 亞裔 ☐ 另一個種族
☐ 黑人/非裔美國人 ☐ 不詳
☐ 夏威夷原住民/太平洋島人

24. 年齡範圍:

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

感謝您用時間來回答這些問題!

45141