

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 것입니다. 당신이 경험하지 않은 것에 관한 질문일 경우에는 “해당 사항 없음”을 골라주세요.

• 해당하는 동그라미를
완전히 채워주세요.



바른 표기: ●

잘못된 표기: ○ ⊗ ⊙

이 곳 에 서 의 경 험	이 곳 에 서 의 경 험	이 곳 에 서 의 경 험	이 곳 에 서 의 경 험	이 곳 에 서 의 경 험	이 곳 에 서 의 경 험
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○

1. 편리한 장소에 있다(대중 교통, 거리, 주차 등).

2. 필요한 때에 서비스를 받을 수 있었다.

3. 의료제공자의 도움을 받아 치료 목표를 선택했다.

4. 치료 과정 동안 의료진은 나에게 충분한 시간을 할애했다.

5. 직원들은 나를 존중해주었다.

6. 직원들은 내가 이해할 수 있는 방식으로 얘기했다.

7. 직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다 (인종, 종교, 언어 등).

8. 이곳에서 환영받는 느낌을 받았다.

9. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로서, 내가 하고 싶은 것을 더 잘 할 수 있게 되었다.

10. 내가 받는 서비스의 직접적인 결과로, 나는 약물 또는 알코올을 덜 열망하게 되었습니다.

11. 이곳의 직원들은 나의 건강을 위해 나의 신체적 건강을 돌보는 의료제공자들과 함께 일한다.

12. 이곳의 직원들은 나의 건강을 위해 나의 정신적 건강을 돌보는 의료제공자들과 함께 일한다.

13. 이곳의 직원들은 필요한 경우 다른 서비스(사회 서비스, 주거, 기타)에 연결하는 데 나에게 도움이 되었다.

14. 제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.

15. 내게 필요했던 모든 도움/서비스를 받을 수 있었다.

16. 이 기관을 친구나 친지에게 추천하겠다.



17. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 (전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)이 차지하는 비중은 어느 정도입니까?

☐ 전혀 없다 ☐ 아주 약간 ☐ 절반 정도 ☐ 거의 대부분 ☐ 전부

18. 전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까?

☐ 훨씬 좋았음 ☐ 약간 좋았음 ☐ 거의 비슷했음 ☐ 약간 나빴음
☐ 해당사항 없음

19. 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.

20. 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

21. 귀하는 스스로를 어떻다고 생각하십니까 (해당하는 모든 것을 선택하세요):

☐ 스트레이트/이성애자 ☐ 퀴어
☐ 게이 또는 레즈비언 ☐ 또 하나의 성 지향성
☐ 양성애자 ☐ 모름

22. 귀하는 멕시코인/히스패닉/라틴아메리카입니까?

☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름

23. 인종/민족 (해당되는 모든 것을 선택해 주십시오):

☐ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 ☐ 백인/코카시안
☐ 아시아인 ☐ 기타 인종
☐ 흑인/아프리카계 미국인 ☐ 모름
☐ 하와이 원주민/태평양 제도인

24. 연령 범위:

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

시간을 내어 설문조사에 응해주셔서 감사합니다!

24276