

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

សូមស្នើ យល់ព្រម ទាំងនេះ:

ស្តី អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក នៅកម្មវិធីនេះ ដើម្បីជួយឆ្លើយតបនូវសេវាវេជ្ជប្រសើរឡើង ។ សូមប្រើ "មិនអាចត្រូវ" ប្រសិនបើសំណួរអ្វីដែលអ្នកមិនមានបទពិសោធន៍ ។ ចម្លើយរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្ងាត់ និងមិនអាចមានឥទ្ធិពលលើសេវាវេជ្ជប្រសើរឡើយ ឬអនាគតឡើយ។

សូមបំពេញក្នុងរយៈពេល ៥ ទៅ ១០ នាទី ។ ត្រឹមត្រូវ ១ ● មិនត្រឹមត្រូវ ១ ○ ⊗ ⊘

	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ទីកន្លែងនៃសេវាកម្មទាំងនេះ មានភាពងាយស្រួលសម្រាប់ប្រើប្រាស់ ឬសុខស្រួលសំរាប់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. សេវាកម្មទាំងនេះ ដែលមាននៅពេលទាំងអស់នោះ គឺមានភាពងាយស្រួលសម្រាប់ប្រើប្រាស់ ឬសុខស្រួលសំរាប់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ខ្ញុំមានបទពិសោធន៍ល្អ ក្នុងការចុះឈ្មោះ ចូលទៅក្នុងការព្យាបាល ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ និងខ្ញុំ បានធ្វើការរួមគ្នាទៅលើគោលដៅទាំងឡាយ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ខ្ញុំបានទទួលនូវសេវាកម្មទាំងនេះ ដែលត្រឹមត្រូវសំរាប់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. បុគ្គលិកបានព្យាបាលរូបខ្ញុំដោយមានការគោរព។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថា អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ ចំណាយពេលវេលាស្តាប់នូវអ្វីៗដែលខ្ញុំបាននិយាយ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ខ្ញុំបានអភិវឌ្ឍន៍នូវទំនាក់ទំនងវិជ្ជមាន និងគួរអោយអាចទុកចិត្តបានជាមួយនិងអ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. បុគ្គលិកមានការទោទន់បំបែកទៅតាមប្រវត្តិសាស្ត្រ ភាសា ឬប្លង់ របស់ខ្ញុំ (ជាតិ សាសនា សាសនា ។ល។) ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថា អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ មានចំណាប់អារម្មណ៍យ៉ាងស្មោះស្ម័គ្រចំពោះខ្ញុំ និងយល់អំពីខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ខ្ញុំចូលចិត្តអ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ ទីនេះ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ មានសមត្ថភាពក្នុងការជួយខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. បុគ្គលិកនៅទីនេះ បានធ្វើអោយប្រាកដថា តំរូវការសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានជួយបំពេញ (ការពិនិត្យរោគ កាយ, អារម្មណ៍ដែលមានការផ្សព្វផ្សាយ ។ល។) ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. បុគ្គលិកនៅទីនេះ បានជួយខ្ញុំនូវបញ្ហា និងសេចក្តីកង្វល់នានាដែលខ្ញុំមាន ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងផ្លូវច្បាប់ / ការសាកល្បង, ប្រព័ន្ធគ្រួសារ និងការអប់រំនានា។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. អ្នកពិគ្រោះយោបល់របស់ខ្ញុំ បានផ្តល់នូវសេវាចាំបាច់នានាដល់គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ជាលទ្ធផលនៃសេវាទាំងនេះ អស់ដៃលខ្ញុំបានទទួលខ្ញុំមានការប្រសើរឡើងក្នុងការធ្វើអ្វីៗនានាដែលខ្ញុំចង់ធ្វើ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ជាលទ្ធផលនៃសេវាដែលខ្ញុំកំពុងទទួលខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាមានសុខុមាលភាពខ្ពស់ជាងមុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ជាទូទៅ, ខ្ញុំមានការទេញចិត្តនឹងសេវាកម្មទាំងនេះដែលខ្ញុំបានទទួល។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ខ្ញុំនឹងធ្វើការណែនាំនូវសេវាទាំងនេះដល់ទៅកាន់មិត្តភក្តិ គ្រួសារដែលត្រូវការនូវជំនួយស្រដៀងនេះ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 ឥឡូវ គិតអំពីសេវាកម្ម ឬនានា ដែលអ្នក បាន ទទួល, តើ តាម តេ លេ សុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន (តាម ទូរ ស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្តិ សិទ្ធិតាម វីដេអូ) ?

○ គ្មាន ○ តិចតួចណាស់ ○ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ○ ស្ទើរតែទាំងអស់ ○ ទាំងអស់

21 តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈ telehealth របស់អ្នក

ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយ ផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី មាន សារៈ ប្រយោជន៍ លើស ឬទេ ?

○ ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន ○ ដូចជាប្រសើរជាងមុន ○ ប្រហែលជាដូចគ្នា ○ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន
○ មិនពាក់ព័ន្ធ

22 សូមអនុញ្ញាត ឱ្យយើង ដឹងពីយោបល់នានា របស់អ្នក ។ តើ អ្វី ដែល មាន ប្រយោជន៍បំផុត អំពីកម្មវិធីនេះ ?
តើ អ្នក នឹងផ្លាស់ ប្តូរ អ្វី អំពីកម្មវិធីនេះ ?

សូមកុំស្រេច ព័ត៌មាន ណាមួយ ដែល អាច បញ្ជាក់ ពីអត្តសញ្ញាណ អ្នក ។ ជាឧទាហរណ៍, កុំស្រេច ឈ្មោះ ឬលេខទូរស័ព្ទ របស់អ្នក ។

ឥឡូវ ប្រាប់ យើងបន្តិចអំពីខ្លួន អ្នក ។

23 តើ អ្នក មាន ភេទជាអ្វី (សូមជ្រើសរើសយកចំណុចទាំងអស់ដែល ល្អិត ១) ?

- ○ បុរស ○ អ្នកដែលបានរក្សាកាត់ផ្តាស់ប្តូរភេទ : ភេទប្រុសទៅជាស្រី
- ស្រី ○ អ្នកដែលបានរក្សាកាត់ផ្តាស់ប្តូរភេទ : ភេទស្រីទៅជាប្រុស
- ភេទដែលពិបាកកំណត់ ដូចជាអ្នកប្តូរភេទជាដើម (មិនប្រសើរឡើយមិនស្រី)
- អត្តសញ្ញាណភេទមួយទៀត

24 តើ អ្នក គិតអំពីខ្លួន នឹងថាជាអ្វី (សូមជ្រើសរើសយកអ្វី ដែល ល្អិត ១) :

- ភេទចំ/មនុស្សមានការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នកភេទផ្ទុយ ○ ភេទខុសប្រក្រតី
- ប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី ○ ទំនោរភេទមួយទៀត
- ភេទពីរប្រុសក៏ស្រឡាញ់ស្រីក៏ស្រឡាញ់ ○ មិនដឹង

25 តើ អ្នក ជាជនជាតិ ជាប់ សៃ ស្រឡាយ មីកស៊ុក/ អ៊ីស្លាម ក/ ឡាវី នដែរ ឬទេ ?

○ មាន ○ អត់មានទេ ○ មិនដឹង

26 សាខា/ ជាកូន ឬនិទន្យ (សូមជ្រើសរើស អ្វី ទាំងអស់ដែល ល្អិត ១ អនុវត្ត ១) :

- អាមេរិកាឥណ្ឌា/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា ○ ស្បែកស/អាមេរិកាំងស
- អាស៊ី ○ សាសនាមួយទៀត
- ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង ○ មិនដឹង
- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក

27 អាយុ :

--	--

60877

សូមអរគុណ ដែលបានចំណាយពេលស្តី យ នូវ សំណួរ ទាំងអស់នេះ !