

Print PDF as needed.

Do not photocopy!

County / Provider

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

Use Only

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

[illegible]

Treatment Setting (required): ☐ OP/IOP ☐ Residential ☐ OTP/NTP ☐ Detox/WM (standalone) ☐ Partial hospitalization

- សូមផ្ញើ យស្សង ទា់ ងនេះ ស្តី អំពីបទពិសោធន៍ បង្អួក នៅកម្មវិ ជិនេះ ដើ ម្បី ជួយដល់ នសេវាធានាឱ្យប្រ សើរ ឡើង ។
- សូមប្រើ " មិនអាច ត្រូវ " ប្រ សិនបើ ស្តី អំពីអ្វី ដៃ លម្អិត មិនមាន បទពិសោធន៍ ។ ចម្លើយ បង្អួក មាន លក្ខណៈ ស្អាត ងងឹតមិនអាច មាន ឥទ្ធិ ពលលើ សេវាធានា លម្អិត ឬនិ ប្បវត្ត ឬអនាគត ឡើយ.

- សូមបំពេញ ក្នុង រយៈពេល ១ ម៉ោង ១៥ នាទី ។



ត្រី មត្រ រ ●

មិន ត្រឹម មត្រូ ៖

☐ ☒

យល់ព្រមខ្លាំង	០	១	២	៣	៤	៥
យល់ព្រម	០	១	២	៣	៤	៥
អព្យាក្រឹត	០	១	២	៣	៤	៥
មិនយល់ព្រម	០	១	២	៣	៤	៥
មិនយល់ព្រមខ្លាំង	០	១	២	៣	៤	៥
មិនពាក់ព័ន្ធ	០	១	២	៣	៤	៥

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ទឹកស្អែក នៃ សេវាក ម្ចាស់ ឯកជន គឺមាន ភាពងាយស្រួល ឬស្មុគស្រួលសំរាប់ ខ្ញុំ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. សេវាក ម្ចាស់ ឯកជន នៅពេលទៅ ដល់នោះ គឺមាន ភាពងាយស្រួល ឬស្មុគស្រួលសំរាប់ ខ្ញុំ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ខ្ញុំ មាន បទពិសោធន៍ល្អ ក្នុងការ ចុះឈ្មោះ ចូលទៅក្នុង ឯកជន ព្យាបាល ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ បងខ្ញុំ និងខ្ញុំ បាន ធ្វើ ការ រួមគ្នាទៅលើ គោលដៅទាំង ឯកជន។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន សេវាក ម្ចាស់ នៃ លក្ខី មក្រី រំលឹក ខ្ញុំ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. បុគ្គលិក បាន ព្យាបាល រូបខ្ញុំ ដោយមាន ការ គោរព . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ បងខ្ញុំ ចំណាយពេលវេលា លាស្លាប់ នូវ អ្វី ៗ នៃ លក្ខី បាន និយាយ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ខ្ញុំ បាន អភិវឌ្ឍន៍ នូវ ទំនាក់ទំនង រវាង ខ្លួនខ្ញុំ និង អោយ អាច ទុកចិត្តបាន ជាមួយនឹងអ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ បងខ្ញុំ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. បុគ្គលិក មាន ការ ទោទន់ បំបែន ទៅតាម ប្រវត្តិ សាសនា ឬ ប្រព័ន្ធ បងខ្ញុំ (ជាតិ សាសនា សាសនា ភាសា ។ ល។) . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ បងខ្ញុំ មាន ចំណាប់អារម្មណ៍ យ៉ាងស្មោះ ស្ម័គ្រ ចំពោះ ខ្ញុំ និងយល់អំពីខ្ញុំ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ខ្ញុំ ចូលចិត្ត អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ បងខ្ញុំ ទីនេះ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ បងខ្ញុំ មាន សមត្ថភាព ក្នុងការ ជួយខ្ញុំ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. បុគ្គលិក នៅទីនេះ បាន ធ្វើ អោយប្រាកដ ថា កុំ រក ការ សុខភាព របស់ខ្ញុំ និងសុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់ខ្ញុំ ត្រូវ បាន ជួយពេញ (ការ ពិនិត្យរោគ កាយ, អារម្មណ៍ នៃ លទ្ធភាព ការ ផ្សព្វផ្សាយ ។ ល។) . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. បុគ្គលិក នៅទីនេះ បាន ជួយខ្ញុំ នូវ បញ្ហា និងសេចក្តី កង្វល់ នានា នៃ លក្ខី មាន ផែនការ ព័ន្ធទៅនឹង ផ្នែក ច្បាប់ / ការ សាកល្បង, ប្រព័ន្ធ គ្រួសារ និងការ អប់រំ នានា។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ បងខ្ញុំ បាន ផ្តល់ នូវ សេវា បាច់ នានា ដល់គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. ជាលទ្ធផល នៃ សេវា នានាទាំង អស់នេះ លក្ខី បាន ទទួលបាន មាន ការ ប្រសើរ ឡើងក្នុង ការ ធ្វើ អ្វី ៗ នានានៃ លក្ខី ចង់ធ្វើ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. ជាលទ្ធផល នៃ សេវា នៃ លក្ខី កំពុងទទួល ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា មិនសូវ ចង់ដូចមុន . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. ជាទូទៅ, ខ្ញុំ មាន ការ ទេញចិត្តនឹង ឯកជន ម្ចាស់ នៃ លក្ខី បាន ទទួល . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. ខ្ញុំ និងធ្វើ ការ ណែនាំ នូវ សេវា នានាទាំង នេះ ទៅកាន់ មិត្តភក្តិ គ្រួសារ នៃ លក្ខី ការ នូវ ជំនួយស្រដៀងនេះ ។ . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. ឥឡូវ គិតពីសេវាក ម្ចាស់ នៃ លក្ខី បាន ទទួល, តើ តាម តើ លទ្ធភាព ចំនួនប៉ុន្មាន (តាម ទូរស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្តិសុខតាម វីដេអូ) ?
<input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> តិចតួចណាស់ <input type="radio"/> ប្រហែលពាក់កណ្តាល <input type="radio"/> ស្ទើរតែទាំងអស់ <input type="radio"/> ទាំងអស់ | | | | |
| 21. តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈ telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី មាន សារៈ ប្រយោជន៍ ល្មើស ឬទេ ?
<input type="radio"/> ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន <input type="radio"/> ដូចជាប្រសើរជាងមុន <input type="radio"/> ប្រហែលជាដូចគ្នា <input type="radio"/> ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន <input type="radio"/> មិនពាក់ព័ន្ធ | | | | |
| 22. សូមអនុញ្ញាត ឱ្យយើង ដឹងពីយោបល់នានា របស់អ្នក ។ តើ អ្វី នៃ លទ្ធភាព ប្រយោជន៍បំផុត អំពីកម្មវិធីនេះ ? តើ អ្នក នឹងផ្លាស់ ប្តូរ អ្វី ដល់ការ វិភាគនេះ ?
សូមកុំស្រេច លើ ព័ត៌មាន ណាមួយ នៃ លទ្ធភាព បញ្ហា អ្នក ។ ជាឧទាហរណ៍, កុំស្រេច លើ ឈ្មោះ ឬលេខ ទូរស័ព្ទ របស់អ្នក ។ | | | | |

ឥឡូវ ប្រាប់ យើងបន្តិ ចម្រើន នអ្នក ។

23. តើ អ្នក មាន ភេទជាអ្វី (សូមជ្រើសរើសយកចំណុចទី ១ ដល់ ៥ ល្អិត ១) ?

☐ បុរស ☐ អ្នកដែលបានរក្សាការស្ងៀមស្ងាត់ក្នុងគ្រួសារ ក្រៅពីការងារ

☐ ស្រី ☐ អ្នកដែលបានរក្សាការស្ងៀមស្ងាត់ក្នុងគ្រួសារ ក្រៅពីការងារ

☐ ភេទដែលពិបាកកំណត់ ដូចជាអ្នកប្តូរភេទជាដើម (មិនប្រសើរឡើយក៏ដោយ)

☐ អត្តសញ្ញាណភេទមួយទៀត

24. តើ អ្នក គិតអំពីខ្លួន ឯងថាជាអ្វី (សូមជ្រើសរើសយកអ្វី ៥ ល្អិត ១) :

☐ កេរ្តិ៍/មន្តសម្បត្តិការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នកភេទផ្ទុយ

☐ ប្រសិទ្ធភាពប្រសិទ្ធភាពស្រី ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី

☐ កេរ្តិ៍/ប្រសិទ្ធភាពស្រឡាញ់ស្រីក៏ស្រឡាញ់

☐ កេរ្តិ៍/មន្តសម្បត្តិ

☐ ទំនោរភេទមួយទៀត

☐ មិនដឹង

25. តើ អ្នក ជា ជនជាតិ ជាប់ សែស្រឡាយ មីកស៊ុក/ អ៊ីស្លាម ក/ ខ្មែរ ឬ ទេ ?

☐ មាន ☐ អត់មានទេ ☐ មិនដឹង

26. សាខា/ ជាក ជនទេ (សូមជ្រើសរើស ១ ឬ ច្រើន អំពី ៥ ល្អិត ១ អនុវត្ត) :

☐ អាមេរិកាំង/ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង

☐ អាស៊ី

☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង

☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក

☐ ស្បែកស/អាមេរិកាំង

☐ សាសនាមួយទៀត

☐ មិនដឹង

27 ရှာယု :

30795

