

Home Unit
CalOMS
Provider ID

治療觀念問卷調查 (青年)

Program Reporting Unit (address)

Setting: ☐ Early Intervention ☐ OP/IOP ☐ Residential ☐ OTP/NTP ☐ Detox/WM ☐ Recovery Services

Field Based Services: Agency

Address

請回答有關您在此計劃中經歷的這些問題，以幫助改善服務。如果問題涉及您未經歷過的事情，請選擇“不適用”。您的答案是保密的，不會影響您當前或未來獲得的服務。
請勿在此表格上寫下您的姓名。

请使用黑色笔在方框内打“x”。每题仅选择一个答案。

正確

✕

不正確

☐ ☐

今天的日期(月/日/年)

/

/

	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 當我需要得到服務的時候就有服務。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 在參加早期干預/治療/康復的中我有良好的經驗。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我和輔導員一起定下早期干預/治療/康復的的目標。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我接受了對我合適的服務。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 職員以尊重來對待我。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我覺得輔導員用時間來聽我要說的話。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我與我的顧問建立了積極、信任的關係。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 職員體貼我的文化背景 (種族, 宗教, 語言, 等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我覺得輔導員是真誠的對我和明白我。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我喜歡這裏的輔導員。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我的輔導員能夠幫助我。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 這裏的職員必定讓我身體上和情緒上的健康得到滿足 (身體檢查, 沮喪心情等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 這裏的職員幫助我其他的議題和對於有關法律上的/緩刑, 家庭和教育系統所關心的事情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 我的輔導員為我的家庭提供需要的服務。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 因為我接受了服務, 以致我更有能力做我想要做的事情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 大致上, 我對於接受到的服務都滿意。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我會推薦這些服務給有同樣需要幫助的朋友。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 我覺得和我的服務提供者討論任何復發或重新使用物質的情況很自在。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 我開始接受物質使用治療服務, 目的是要完全戒除或減少使用。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 與傳統的面對面就診相比, 您的遠程醫療就診有多大幫助?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ 好多了

☐ 稍微好一點

☐ 差不多

☐ 還差一些

☐ 不適用

24. 當您進入治療計畫時，計畫工作人員是否向您提供了一份病患手冊或告訴您在哪裡可以找到手冊？
☐ 是的 ☐ 不

25. 計畫工作人員是否向您播放了病患指導影片？
☐ 是的 ☐ 不

26. 觀看患者指導影片幫助我獲得了可用於存取所有可用的藥物濫用障礙服務的資訊。
☐ 非常同意 ☐ 同意 ☐ 我是中立的 ☐ 不同意 ☐ 強烈反對 ☐ 不適用

27. 評論：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你自己的事情

28. 你在這裏接受服務有多久？

- ☐ 不到一個月
☐ 一到五個月
☐ 6 個月或以上

29. 年齡：

30. 你無家可歸嗎？

- ☐ 是的 ☐ 不

31. 您是否曾接受過獎勵性管理服務？

- ☐ 是的，我目前正在接受獎勵性管理服務。
☐ 是的，我過去曾接受過獎勵性管理服務。
☐ 不，我從未接受過獎勵性管理服務。

35. 你是墨西哥/西班牙/拉丁裔後裔嗎？

- ☐ 是的
☐ 不
☐ 不詳

36. 種族/族群（請填所有適合的圓圈）

- ☐ 美國印地安人/阿拉斯加原住民
☐ 亞裔
☐ 黑人/非裔美國人
☐ 夏威夷原住民/太平洋島人
☐ 白種人/高加索種
☐ 其他：_____
☐ 不詳

32. 你目前的性別認同是什麼（注意：這是你識別自己的方式，可能與你出生時被分配的性別不同）？

- ☐ 男性
☐ 女性
☐ 跨性別者：女性變男性
☐ 跨性別者：男性變女性
☐ 性別酷兒，既不是男性也不是女性
☐ 額外的性別類別或其他：（請描述）_____
☐ 寧願不說

33. 你出生時的性別是什麼？

- ☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 其他：_____
☐ 拒絕回答

34. 你的性取向是什麼？

- ☐ 女同性戀、男同性戀或同性戀 ☐ 無性戀
☐ 女同性戀、☐ 其他：（請描述）_____
☐ 同性戀（男）
☐ 雙性戀 ☐ 酷兒
☐ 不知道 ☐ 寧願不說
☐ 泛性戀

37. 殘疾狀況（請勾選所有適用項）：（請勾選所有適用項）

- ☐ 肢體殘疾
☐ 視障人士/盲人
☐ 聽力障礙/耳聾盲人
☐ 同時發生的心理健康狀況
☐ 發育或智力障礙
☐ 其他說明：_____
☐ 沒有任何

38. 你的刑事司法參與狀況如何？

- ☐ 釋放後社區監督 (AB109) 或任何聯邦、州或地方司法管轄區的緩刑
☐ 等待審判、指控或判刑
☐ 從任何其他司法管轄區假釋
☐ 任何其他刑事司法參與
☐ 不涉及刑事司法
☐ 任何其他刑事司法參與

