



24. 귀하가 치료 프로그램에 들어갈 때 프로그램 직원이 환자 핸드북 사본을 제공했거나 찾을 수 있는 위치를 알려 주었습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오				
25. 프로그램 담당자가 환자 오리엔테이션 영상을 보여줬나요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오				
26. 환자 오리엔테이션 비디오를 시청하는 것은 이용 가능한 모든 약물 남용 장애 서비스를 이용하는 데 사용할 수 있는 정보를 얻는 데 도움이 되었습니다.	<input type="checkbox"/> 전적으로 동의함	<input type="checkbox"/> 동의함	<input type="checkbox"/> 중립적임	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 전혀 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 해당사항 없음

27. 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.

다음 문항에 응답해 주십시오

28. 여기서 서비스를 받은 지는 얼마나 되셨습니까?

- 한 달 미만
- 1~5 개월
- 6 개월 이상

29. 나이

30. 당신은 노숙자입니까?

- 예
- 아니오

31. 우발성 마약 사용 관리 서비스를 받아본 적이 있나요?

- 네, 현재 우발성 마약 사용 관리 서비스를 받고 있습니다.
- 네, 저는 과거에 우발성 마약 사용 관리 서비스를 받았습니다.
- 아니요, 저는 우발성 마약 사용 관리 서비스를 받은 적이 없습니다.

32. 귀하의 현재 성 정체성은 무엇입니까 (참고: 이것은 자신을 식별하는 방법입니다. 이는 태어날 때 지정된 성별과 동일하지 않을 수 있습니다)?

- 남성
- 여성
- 여성 대 남성(FTM)/트랜스젠더 남성/트랜스 남성
- 남성 대 여성(MTF)/트랜스젠더 여성/트랜스 여성
- 남성도 여성도 아닌 젠더퀴어
- 추가 성별 카테고리 또는 기타: \_\_\_\_\_
- 답변 거부

33. 태어날 때 성별은 무엇이었나요??

- 여성
- 남성
- 그 외 성별 정체성 \_\_\_\_\_
- 답변 거부

34. 당신의 성적 지향은 무엇입니까?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 이성애자             | <input type="checkbox"/> 무성애자             |
| <input type="checkbox"/> 레즈비언, 게이 또는 동성애자 | <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로) _____ |
| <input type="checkbox"/> 게이(남성)           | <input type="checkbox"/> 퀴어               |
| <input type="checkbox"/> 양성애자             | <input type="checkbox"/> 답변 거부            |
| <input type="checkbox"/> 불확실/퀘스처닝/모름      |   |
| <input type="checkbox"/> 범성애자             |   |

35. 귀하는 멕시코인/하스페닉/라틴아메리칸입니까?

- 예
- 아니오
- 모름

36. 인종/민족 (해당되는 모든 사항에 표기하십시오)

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 | <input type="checkbox"/> 백인       |
| <input type="checkbox"/> 아시아인              | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카계 미국인      |                                   |
| <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/태평양 제도인   | <input type="checkbox"/> 모름       |

37. 장애 상태 (해당되는 모든 사항에 표기하십시오)

- 신체적 장애
- 시각 장애/맹인
- 청각 장애/농아인
- 동시 발생 정신 건강 상태
- 발달 장애 또는 지적 장애
- 기타 (구체적으로) \_\_\_\_\_

38. 귀하의 형사 사법 관여 상태는 무엇입니까?

- 출소시 후 커뮤니티 감독(AB109) 또는 연방, 주 또는 지역 관할권의 보호 관찰
- 재판, 기소 또는 선고 대기 중
- 다른 관할권에서 가석방
- 기타 형사 사법 관련
- 형사 사법과 관련 없음
- 형사 사법 개입 없음
- 不涉及 刑事 司法