

Home Unit

CalOMS

Provider ID

치료에 대한 인식 관련 설문조사 (청소년용)

Program Reporting Unit (address)

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

Field Based Services:

Agency

Address

서비스 개선을 위해 이 프로그램 이용 경험에 대한 다음 질문에 답변해 주세요. 경험하지 않은 내용에 대한 질문인 경우 "해당 없음"을 사용해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 현재 또는 향후 받으실 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 이 양식에 이름을 적지 마세요.

검은색 펜을 사용하여 상자에 "X" 표시를 해주세요.
 각 질문에 대해 하나의 답변만 선택하세요.

오늘 날짜 (MM/DD/YYYY)

/

/

바른 표기 잘못된 표기



함

이

바

전

함

이

바

전

중

립

적

인

함

이

바

전

함

이

바

전

함

이

바

전

1.서비스 제공 장소는 나에게 편리한 곳이었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.나에게 편리한 시간대에 서비스를 제공받을 수 있었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 나는 조기 개입/치료/회복 지원 서비스에 등록하면서 좋은 경험을 했습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 상담사와 나는 조기 개입/치료/회복 목표를 위해 함께 노력했습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.나에게 딱 맞는 서비스를 받았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.직원들은 나를 존중해주었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.내 카운슬러는 내가 하고 싶은 얘기를 할 수 있도록 충분히 시간을 들였다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.나는 내 카운슬러와 긍정적이고 신뢰할 수 있는 관계를 쌓았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.직원들은 나의 문화적 배경에 대한 배려심을 보였다 (인종, 종교, 언어 등).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.내 카운슬러는 내게 진심으로 관심을 갖고 있었고 나를 이해해주었다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.이곳의 내 카운슬러가 마음에 들었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.내 카운슬러는 나를 도와줄 능력이 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.이곳 직원들은 나의 신체적 및 정서적인 건강에 필요한 모든 부분(신체검사, 우울증세 등)이 반드시 충족되도록 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.법률/보호관찰, 가족, 교육 시스템 등과 관련하여 내가 갖고 있던 다른 문제들과 우려사항들에 대해서 이곳 직원들에게 도움을 받았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.내 카운슬러는 내 가족에게 필요한 서비스를 제공했다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.제공받은 서비스의 결과로, 나는 하고 싶어하는 일을 더 잘 할 수 있게 되었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.내가 받는 서비스의 직접적인 결과로, 나는 약물 또는 알코올을 덜 열망하게 되었습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.제공 받은 서비스에 전반적으로 만족한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.나와 비슷한 도움이 필요한 친구가 있다면 이 서비스를 추천할 것이다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 저는 약물 사용의 중단이나 재발에 대해 의료 제공자와 상의하는 데 불편함이 없습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 저는 약물 사용에 대한 완전한 금단이나 약물 사용 감소를 목표로 약물 사용 치료 서비스를 시작했습니다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 (전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스)이 차지하는 비중은 어느 정도입니까?	<input type="checkbox"/> 전혀 없다	<input type="checkbox"/> 아주 약간	<input type="checkbox"/> 절반 정도	<input type="checkbox"/> 거의 대부분	<input type="checkbox"/> 전부	
23.전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 훨씬 좋았음	<input type="checkbox"/> 약간 좋았음	<input type="checkbox"/> 거의 비슷했음	<input type="checkbox"/> 약간 나빴음	<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.

28. 여기서 서비스를 받은 지는 얼마나 되셨습니까?

- ☐ 한 달 미만
- ☐ 1-5 개월
- ☐ 6 개월 이상

29. 나이

--	--

30. 당신은 노숙자입니까?

- ☐ 예 ☐ 아니요

31. 우발성 마약 사용 관리 서비스를 받아본 적이 있나요?

- ☐ 네, 현재 우발성 마약 사용 관리 서비스를 받고 있습니다.네,
☐ 네, 저는 과거에 우발성 마약 사용 관리 서비스를 받았습
니다.
☐ 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?

- ☐ 이성애자

☐ 레즈비언, 게이 또는 동성애자

☐ 게이(남성)

☐ 양성애자

☐ 불확실/퀘스처닝/모름

☐ 범성애자

35. 귀하는 멕시코인/히스패닉/라틴아메리칸입니까?

- ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름

36. 인종/민족 (해당되는 모든 사항에 표기하십시오)

- ☐ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 ☐ 백인
☐ 아시아인 ☐ 기타
☐ 흑인/아프리카계 미국인 : _____
☐ 하와이 원주민/태평양 제도인 ☐ 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
관할권의보호 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