

請填寫這一份問卷表來幫助我們改進未來對您孩子的服務。我們對您的答案會保守秘密，您的答案只會用於評估改進我們的服務。

回答下面的問題請把您選擇的圓圈塗黑。

正確塗法 ●

錯誤塗法 ✘

請根據您過去六個月的經驗回答以下的問題。如果您孩子接受此項服務還不到六個月，就根據您現有的經驗。請標出您對每一個問題的看法是：“非常不同意”，“不同意”，“無意見”，“同意”，和“非常同意”。如果某些問題不適用於您孩子的情況，請標出“不適用”。

	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	不適用
1. 總括來說我滿意此機構為我孩子提供的服務。	<input type="radio"/>					
2. 我參與選擇我孩子所需要的服務。	<input type="radio"/>					
3. 我參與決定我孩子的治療目標。	<input type="radio"/>					
4. 不論情況如何，這裡的服務人員都持恆照顧我的孩子。	<input type="radio"/>					
5. 當我的孩子有麻煩時，服務人員聽他訴說。	<input type="radio"/>					
6. 我參與我孩子的治療過程。	<input type="radio"/>					
7. 此機構所提供的服務很適合我的孩子和我們的家庭。	<input type="radio"/>					
8. 此機構的地點對我們很方便。	<input type="radio"/>					
9. 服務人員能配合我們方便的時間為我們服務。	<input type="radio"/>					
10. 在這裡我的孩子可以得到所有他需要的幫助。	<input type="radio"/>					
11. 此機構也協助我家庭得到我孩子需要的幫助	<input type="radio"/>					
12. 服務人員很尊重我。	<input type="radio"/>					
13. 服務人員尊重我的宗教信仰。	<input type="radio"/>					
14. 服務人員用我了解的方式和我談話。	<input type="radio"/>					
15. 服務人員尊重我的種族和文化背景。	<input type="radio"/>					

治療後的直接效果：

	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	不適用
16. 我的孩子能夠更有效的處理日常生活了。	<input type="radio"/>					
17. 我的孩子和家人相處的比較好了。	<input type="radio"/>					
18. 我的孩子和朋友以及其他相識的人相處的比較好了。	<input type="radio"/>					
19. 我的孩子在學校(或工作上)的表現有進步。	<input type="radio"/>					
20. 我的孩子比較會應付突發的事件了。	<input type="radio"/>					
21. 我對於我們現在的家庭生活很滿意。	<input type="radio"/>					
22. 現在我的孩子能把他想做的事做得更好。	<input type="radio"/>					

繼續到下一頁...

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page



在您的孩子和您的家庭接受此地的服務後，您和其他人（此地的服務人員除外）的關係如何？請回答以下問題：

非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	不適用
-------	-----	-----	----	------	-----

23. 當我想訴說時我曉得有人會傾聽和了解我。
24. 我可以和有些人毫無顧慮的訴說我孩子的問題。
25. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。
26. 我可以與別人一起做有趣的事。

27. 在過去六個月中，本機構那一項服務對你們的幫助最大？

28. 您覺得我們可以如何改進此地的服務？

29. 如果您有任何的建議請寫在這裡或這份表格的背後。無論是肯定或批評我們都樂意接受。

請回答以下問題 讓我們知道您孩子的近況

1. 您的孩子現在和您同住嗎？ 是 否
2. 在過去六個月中，您孩子可曾住過任何以下處所？（請選所有住過的地方。）
- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> 和父母雙親或其中一方同住 | <input type="radio"/> 無家可歸人士接待所 | <input type="radio"/> 州政府監獄 |
| <input type="radio"/> 和其他家庭成員同住 | <input type="radio"/> 青少年觀護感化所 | <input type="radio"/> 逃家/無住所/在街上遊蕩 |
| <input type="radio"/> 青少年寄養家庭 | <input type="radio"/> 長期治療中心 | <input type="radio"/> 其他（請描述）：_____ |
| <input type="radio"/> 青少年治療寄養家庭 | <input type="radio"/> 醫院 | |
| <input type="radio"/> 緊急臨時接待所 | <input type="radio"/> 縣政府監獄 | |
3. 在過去一年中，您的孩子可曾因生病或體格檢查看過醫生（或護士）？請選擇一個答案
- 是的，在醫生診所 是的，在醫院急診室 否 不記得了
4. 您的孩子是否因精神問題或行為偏差而在服用藥物？ 是 否
- 4a. 如果是。醫生或護士有無事先告知可能會發生的副作用？ 是 否
5. 您的孩子接受這裡的服務大概有多久了？
- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> 這是我的孩子第一次來。 | <input type="radio"/> 一到二個月 | <input type="radio"/> 已超過一年 |
| <input type="radio"/> 還不到一個月，可是已經來過不只一次。 | <input type="radio"/> 三到五個月 | |
| | <input type="radio"/> 六個月到一年 | |

繼續到下一頁...

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page



如果您的孩子接受此地服務剛滿一年或還未滿一年請回答問題 6-11。如果您的孩子已接受此地服務超過一年，請直接跳至問題 12。

6. 自從接受此地服務以來，您的孩子可曾被逮捕過？ 是 否
7. 在接受此地服務之前的 12 個月，您的孩子可曾被逮捕過？ 是 否
8. 自從接受此地服務以來，您的孩子與警察的接觸（譬如說被逮捕，被盤查，或被送到收容所等機構。）有何改變？
- 減少了
 - 沒有改變
 - 增加了
 - 不符合（今年和去年都無和警察接觸。）
9. 自從接受此地服務以來，您的孩子可曾被學校開除或退學？ 是 否
10. 在接受此地服務之前的 12 個月，您的孩子可曾被學校開除或退學？ 是 否
11. 自從接受此地服務以來，您的孩子上學的日子
- 增加了
 - 差不多
 - 減少了
 - 不符合（不符合的原因？）
- 孩子以前就沒有缺席的問題。
 - 孩子太小了還不到上學年齡。
 - 孩子被學校開除了。
 - 孩子在家裏上“家裏學校”課程。
 - 孩子休學。
 - 其他原因_____

請跳至下一頁第十八題 

如果您的孩子已接受此地服務超過一年，請回答問題 12-17。

12. 過去的 12 個月裏，您的孩子可曾被逮捕過？ 是 否
13. 在那之前的 12 個月裏，您的孩子可曾被逮捕過？ 是 否
14. 過去的一年裏，您的孩子與警察的接觸（譬如說被逮捕，被盤查，或被送到收容所等機構。）有何改變？
- 減少了
 - 沒有改變
 - 增加了
 - 不符合（今年和去年都無和警察接觸。）
15. 過去的 12 個月裏，您的孩子可曾被學校開除或退學？ 是 否
16. 在那之前的 12 個月裏，您的孩子可曾被學校開除或退學？ 是 否
17. 過去的一年裏，您的孩子上學的日子
- 增加了
 - 差不多
 - 減少了
 - 不符合（不符合的原因？）
- 孩子以前就沒有缺席的問題。
 - 孩子太小了還不到上學年齡。
 - 孩子被學校開除了。
 - 孩子在家裏上“家裏學校”課程。
 - 孩子休學。
 - 其他原因_____

繼續到下一頁...

19575

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page



以下請填寫您孩子的個人資料：

18. 您孩子的性別是 女性 男性 其它
19. 您孩子的父親母親其中有一位是墨西哥裔西班牙裔拉丁美裔嗎? 是 不是 不知道
20. 您孩子屬於哪一個種族? 請圈選所有適用於您孩子的。
 美國印地安人阿拉斯加土生 夏威夷土生其他太平洋群島種族 不知道
 亞裔 白種人
 黑種人非洲裔美國人 其他
21. 您孩子的出生年月日? (請填寫在格子裡, 同時塗黑對應的圓圈。請參看以下的例子。)

月月-日日-年年年年

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

例子 生日是一九六七年四月三十日
Date of Birth (mm-dd-yyyy)

這裡填寫生日 → **04 - 30 - 1987**

把對應的圓圈塗黑

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	●	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

22. 您的孩子有加州醫葯保險卡 MediCal (Medicaid) 嗎? 是 否
23. 我們提供您孩子的服務是用他所熟悉的語言嗎? 是 否
24. 我們所提供您孩子的文件(例如有關服務項目的小冊子, 您應享有的權力手冊和心理保健教育資料)是用他所熟悉的語言嗎? 是 否
25. 請告訴我們有誰幫助您填寫這份問卷表? 請圈選所有適用於您的答案。
 我不需要別人幫助。 專業訪談人員。
 心理保健贊助者義務工作人員 我的專業心理輔導人員。
 其他在這裡接受服務的患者。 其他服務人員。
 我的家人。 其他人。誰? _____

謝謝您寶貴的時間為我們填寫這份表格。

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	-			-	2	0	2	2
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

Ref Imp Lan Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Reporting Unit:

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

19575

