

請填寫這一份問卷表來幫助我們改進未來對您的服務。我們對您的答案會保守秘密，並且只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”。如果某些問題不符合於您的情況，請標出“不符合”。

|                          | 非常不同意                 | 不同意                   | 無意見                   | 同意                    | 非常同意                  | 不符合                   |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 總括來說我滿意此機構為我提供的服務。    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 我參與選擇我所需要的服務。         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 我參與決定我的治療目標。          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. 不論情況如何，這裡的服務人員都持恆照顧我。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. 當我遇到麻煩時，服務人員會聽我訴說。    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. 我參與我自己的治療過程。          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. 此機構所提供的服務很適合我。        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. 此機構的地點對我很方便。          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. 服務人員能配合我方便的時間為我提供服務。  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. 在這裡我可以得到我想要的幫助。      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. 此機構提供所有我需要的幫助。       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. 服務人員很尊重我。            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. 服務人員尊重我的宗教信仰。        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. 服務人員用我了解的方式和我談話。     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. 服務人員尊重我的種族和文化背景。     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

請評估您接受治療後的直接效果：

|                          | 非常不同意                 | 不同意                   | 無意見                   | 同意                    | 非常同意                  | 不符合                   |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 16. 我能夠更有效的處理日常生活了。      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. 我和家人相處的比較好了。         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. 我和朋友以及其他相識的人相處的比較好了。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. 我在學校(或工作上)的表現有進步。    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. 我比較會應付突發的事件了。        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. 我對於我現在的家庭生活很滿意。      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. 現在我可以把我想做的事做得更好了。    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

繼續到下一頁...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CSI County Client Number

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



在您接受此地的服務後，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 23-26:

| 非常不同意 | 不同意 | 無意見 | 同意 | 非常同意 | 不符合 |
|-------|-----|-----|----|------|-----|
|-------|-----|-----|----|------|-----|

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裏或這份表格的背後。無論是肯定或批評我們都樂意接受。

請回答以下問題 告訴我們你的近況:

1. 在過去六個月中,您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     |                                      |

2. 在過去一年中,您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     沒有     不記得了

3. 您是否因精神問題或行為偏差而在服用藥物?     是     否

3 a. 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

4. 您接受這裡的服務大概有多久了?

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> 這是我第一次來。               | <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,可是我<br>已來過不只一次。 | <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\*\*\*



如果您接受此地服務剛滿一年或還未滿一年請回答問題 5-10。如果您已接受此地服務超過一年，請直接跳至問題 11。

5. 自從接受此地服務以來，您可曾被逮捕過？  是  否
6. 在接受此地服務之前的 12 個月，您可曾被逮捕過？  是  否
7. 自從接受此地服務以來，您與警察的接觸（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。）
8. 自從接受此地服務以來，您可曾被學校開除或退學？  是  否
9. 在接受此地服務之前的 12 個月，您可曾被學校開除或退學？  是  否
10. 自從接受此地服務以來，您上學的日子
- 增加了  差不多  減少了  不符合（不符合的原因？）
  - 以前就沒有缺席的問題。
  - 被學校開除了。
  - 在家裏上“家裏學校”課程。
  - 休學。
  - 其他原因 \_\_\_\_\_

請跳至下一頁第十七題 

如果您已接受此地服務超過一年，請回答問題 11-16。

11. 過去的 12 個月裏，您可曾被逮捕過？  是  否
12. 在那之前的 12 個月裏，您可曾被逮捕過？  是  否
13. 過去的一年裏，您與警察的接觸（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。）
14. 過去的 12 個月裏，您可曾被學校開除或退學？  是  否
15. 在那之前的 12 個月裏，您可曾被學校開除或退學？  是  否
16. 過去的一年裏，您上學的日子
- 增加了  差不多  減少了  不符合（不符合的原因？）
  - 以前就沒有缺席的問題。
  - 被學校開除了。
  - 在家裏上“家裏學校”課程。
  - 休學。
  - 其他原因 \_\_\_\_\_

繼續到下一頁

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CSI County Client Number

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



個人資料：

17. 您的性別是  女性  男性  其它
18. 您是墨西哥裔西班牙裔拉丁美裔嗎？  是  不是  不知道
19. 您屬於哪一個種族？請圈選所有適用於您的。  
 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
20. 您的出生年月日？(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 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

例子 生日是一九八七年四月三十日

月月-日日-年年年年  
 04 - 30 - 1990

1. 這裡填寫生日 →

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

2. 把對應的圓圈塗黑

21. 您有加州醫葯保險卡 MediCal(M edicaid)嗎？  是  否
22. 我們提供您的服務是用您所熟悉的語言嗎？  是  否
23. 我們所提供您的文件(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)是用您所熟悉的語言嗎？  是  否
24. 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:

-   -

**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:**

52991

