

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"/>

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

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 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 | |

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
已來過不只一次。 | <input type="radio"/> 三到五個月 | |
| | <input type="radio"/> 六個月到一年 | |

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


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 _____

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

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？

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

月 月 - 日 日 - 年 年 年 年

21. 您有加州醫藥保險卡 MediCal (Medicaid) 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:

0	5	/			/	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

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:

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

46525

