

Chinese

For FIELD-BASED SERVICES ONLY
Los Angeles County - Department of Mental Health

**Adult /
 Older Adult
 MHSIP
 Survey**

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

	5 - 非常同意	4 - 同意	3. 無意見	2 - 不同意	1-非常不同意	0 - 不符合
1 此機構的地點方便(停車場, 公共交通工具, 距離等。)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 只要我有需要, 服務人員都會幫助我。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 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"/>
4 服務人員尊重我不同的文化背景。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 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"/>
6 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"/>
7 我的症狀不再那麼煩擾我了。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

生日月月-日日-年年年年					
Month		Date		Year	
				1	9

您屬於哪一個種族?			
請圈選所有適用於您的。			
<input type="radio"/>	美國印地安人/阿拉斯加土生	<input type="radio"/>	夏威夷土生/其他太平洋群島種族
<input type="radio"/>	亞裔	<input type="radio"/>	白種人
<input type="radio"/>	黑種人/非洲裔美國人	<input type="radio"/>	其他
		<input type="radio"/>	不知道

您的性別是	
<input type="radio"/>	女性
<input type="radio"/>	男性
<input type="radio"/>	其它

您是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎?	
<input type="radio"/>	是
<input type="radio"/>	不是
<input type="radio"/>	不知道

FOR OFFICE USE ONLY

Client MIS/IS Number						

Clinic IS Number			

Service Area

Reason	
<input type="radio"/>	REFUSED
<input type="radio"/>	IMPAIRED
<input type="radio"/>	LANG
<input type="radio"/>	OTHER

MAY 2009
 A CH