

Chinese

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

**Youth Survey
(13 - 17 Years Old)**

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

	1-非常不同意	2-不同意	3.無意見	4-同意	5-非常同意	0-不符合
1 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"/>
2 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"/>
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"/>
5 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"/>
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 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。	<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 9 <input type="text"/>

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

女性

男性

其它

您是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎?

是

不是

不知道

FOR OFFICE USE ONLY

Client MIS/IS Number

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Clinic IS Number

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Service Area

<input type="text"/>

Reason

REFUSED

IMPAIRED

LANG

OTHER

MAY 2009

Y CH