

- 请填写一份问卷表来帮助我们改进未来对您的服务。您的答案是保密的，并不会影响您现在以及未来所接受的服务。在接下来的每一个问题里，请您将最符合您当前状况的选项所对应的圆圈填满。
- 請根據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，則只需根據您迄今為止的經驗來回答。請標出您對以下每一個問題的看法是：「極不同意」、「不同意」、「未決定」、「同意」和「極同意」。
- 如果問題是您未經歷過的事情，請填寫「不適用」的圓圈，以表示該項目不適用於您。

• 請把圓圈完全地填滿。

正確的 ●
不正確 ○ ⊗ ⊙

	極同意	同意	我保持中立	不同意	極不同意	不適用
1. 我喜歡在這裡得到的服務。	○	○	○	○	○	○
2. 即使我有其他的選擇，我還是會選擇此機構所提供的各項服務。	○	○	○	○	○	○
3. 我會向家人或親友推薦這個機構的服務。	○	○	○	○	○	○
4. 服務地點方便。 停車場、公共交通工具、距離等。	○	○	○	○	○	○
5. 只要我覺得有必要，工作人員都願意接見我。	○	○	○	○	○	○
6. 服務人員會在二十四小時之內回覆我的電話。	○	○	○	○	○	○
7. 服務人員能配合我方便的時間為我提供服務。	○	○	○	○	○	○
8. 在這裡我能夠得到所有我認為有需要的服務。	○	○	○	○	○	○
9. 當我想見心理醫生時就可以見到。	○	○	○	○	○	○
10. 服務人員相信我能夠成長，改變和恢復健康。	○	○	○	○	○	○
11. 詢問有關我的治療和藥物的問題時，我感到很自在。	○	○	○	○	○	○
12. 我能夠自由表達不滿意的地方。	○	○	○	○	○	○
13. 服務人員告知我應享的權力。	○	○	○	○	○	○
14. 工作人員鼓勵我對自己的生活方式負責。	○	○	○	○	○	○
15. 工作人員告訴我要注意哪些副作用。	○	○	○	○	○	○
16. 服務人員尊重我的意願只把我的治療情況告知我選擇的人。	○	○	○	○	○	○
17. 我的治療目標是由我，而不是服務人員來決定的。	○	○	○	○	○	○
18. 工作人員體諒到我的文化背景。 種族、宗教、語言等	○	○	○	○	○	○

The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

DHCS 1744 CH

24630



	強烈同意	同意	我保持中立	不同意	強烈不同意	不適用
19. 服務人員協助我取得有用的資訊，所以我可以更有效的控制我的病情。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. 我被鼓勵使用消費者運作的計劃。 如 互助小組，服務中心，危機輔導專線等等。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
根據我得到的服務的直接結果：						
21. 我能夠更有效的處理日常生活了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. 我能夠較好的掌握我的生活了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. 我能夠較好的處理緊急情況了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. 我和家人相處的比較融洽了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. 我比較知道如何參與社交活動了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. 我在學校(或工作上)的表現有進步。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. 我的居住情況有改善。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. 我的症狀不再那麼煩擾我了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. 我現在能夠做對我比較有意義的事了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. 我現在比較能夠顧及我自己的需要了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. 現在當事情發展不如我意時我比較知道應該如何處理了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. 我現在能夠把自己想做的事做得更好了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐

請回答第 33 題至第 36 題，讓我們知道在接受此地治療後您和其他人(此地的服務人員除外)的關係如何？

根據我得到的服務的直接結果：

33. 我對我擁有的友誼感到高興。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. 我有一些可以和我一起做愉快事情的人。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. 我覺得我屬於我的社區。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



請回答以下問題讓我們知道您的近況：

1. 你在這裡接受服務大約多久了？

○這是我第一次來

○我來過不只一次，但接受服務的時間不到一個月。

○一到二個月
○三到五個月
○六個月
○已超過一年

如果您接受心理健康服務已達以下時間，請回答問題#2 - 4

一年或以下

2. 自從接受此地服務以來，您可曾被逮捕過？ ○是 ○不是

3. 在接受此地服務以前的 12 個月中，您可曾被逮捕過？ ○是 ○不是

4. 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

例如，我沒有被逮捕，被警察打擾，沒有被警察帶到收容所或危機處理程序中

○沒有改變
○增加了
○不適用

今年和去年都沒有和警察接觸。

如果您接受心理健康服務已達以下時間，請回答問題#5 - 7

一年以上

5. 在過去 12 個月中，您可曾被逮捕過？ ○是 ○不是

6. 在接受此地服務以前的 12 個月中，您可曾被逮捕過？ ○是 ○不是

7. 在過去 12 個月中，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

例如，我沒有被逮捕，被警察打擾，沒有被警察帶到收容所或危機處理程序中

○沒有改變
○增加了
○不適用

今年和去年都沒有和警察接觸。

請回答以下問題，讓我們進一步了解您。

8. 您的性別是
請選擇所有適用的

○男性
○女性
○非二元

○跨性別者：女性變男性
○跨性別者：男性變女性
○另一種性別認同

9. 您認為自己是否：
請選擇所有適用的

○直/異性戀
○男同性戀者或女同性戀者
○雙性戀

○另一種性取向
○不詳
○不想回答

10. 您是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎？ ○是 ○不是 ○不詳

11. 您屬於哪一個種族？
請選擇所有適用的

○美國印第安人/阿拉斯加原住民
○亞裔
○黑種人/非洲裔美國人
○夏威夷原住民/其他太平洋島民

○白種人
○另一個種族
○不詳

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



12. 您的出生年月日？

		月			天			年				

13. 您收到的書面文件和/或服務是否以你喜歡的語言提供？

☐ 是 ☐ 不是

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

14. 現在考慮您收到的服務，其中有多少是通過遠程醫療獲得的？

通過電話或視頻會議

☐ 沒有 ☐ 很少 ☐ 大約一半 ☐ 差不多是全部 ☐ 全部

15. 與傳統面對面看醫生相比，您的遠程看醫生有多大幫助？

☐ 更差 ☐ 差一點 ☐ 差不多 ☐ 好一點 ☐ 好多了 ☐ 不適用

16. 我較希望我在遠程保健這個計劃中獲得更多心理健康治療。

☐ 極不同意 ☐ 不同意 ☐ 我保持中立 ☐ 同意 ☐ 極同意 ☐ 不適用



17. 請在此處提供意見。我們對正面和負面反饋都感興趣。此外，如果您認為本問卷未涵蓋但本應涵蓋的領域，請將其寫在此。感謝您抽空並配合填寫本問卷。

--



感謝您用時間來回答這些問題！

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

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

County Reporting Unit (optional):

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

Code for not completing the survey (if applicable):

☐ Refused ☐ Impaired ☐ Language ☐ Other

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

24630

