

- 請您協助我們改善服務，回答以下問題。您的回答將嚴格保密，不會影響您或您的孩子目前或將來所接受的服務。請為以下每個調查項目選擇相應的選項並塗上相應的圓圈。
- 請根據過去6個月的情況回答以下問題；如果6個月內未接受過服務，請根據目前為止接受過的服務作答。請對以下每項陳述表明您的意見，選項包括：非常不同意、不同意、不確定、同意或非常同意。如果問題是您或您的孩子未經歷過的事情，請填寫「不適用」以表示該項目不適用。
- 請把圓圈完全地填滿。

 正確的 ●
 不正確 ○ ⊗ ⊙ ✓

	極不同意	不同意	未決定	同意	極同意	不適用
1. 總括來說我滿意此機構為我孩子提供的服務。	○	○	○	○	○	○
2. 我幫忙選擇了我孩子的服務。	○	○	○	○	○	○
3. 我參與決定我孩子的治療目標。	○	○	○	○	○	○
4. 無論發生什麼事這裡的服務人員都一直陪伴著我們。	○	○	○	○	○	○
5. 我覺得我的孩子在遇到困難時有人可以傾訴。	○	○	○	○	○	○
6. 我參與我孩子的治療過程。	○	○	○	○	○	○
7. 我的孩子和/或家人得到適合我們的服務。	○	○	○	○	○	○
8. 此機構的地點對我們很方便。	○	○	○	○	○	○
9. 服務時間安排很方便我們。	○	○	○	○	○	○
10. 我的家庭得到了我們想要孩子得到的幫助。	○	○	○	○	○	○
11. 我的家庭得到了我們孩子所需要的一切幫助。	○	○	○	○	○	○
12. 服務人員很尊重我。	○	○	○	○	○	○
13. 服務人員尊重我的宗教信仰。	○	○	○	○	○	○
14. 工作人員用我能理解的方式與我交談。	○	○	○	○	○	○
15. 工作人員體諒到我的文化/種族背景。	○	○	○	○	○	○
治療後的直接效果：						
16. 我的孩子能夠更有效的處理日常生活了。	○	○	○	○	○	○
17. 我的孩子和家人相處的比較好了。	○	○	○	○	○	○
18. 我的孩子和朋友以及其他相識的人相處的比較好了。	○	○	○	○	○	○
19. 我的孩子在學校(或工作上)的表現有進步。	○	○	○	○	○	○
20. 當出現問題時，我的孩子能夠更好地應對。	○	○	○	○	○	○
21. 我對我們目前的家庭生活感到滿意。	○	○	○	○	○	○
22. 我的孩子現在更能做自己想做的事了。	○	○	○	○	○	○

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？

治療後的直接效果：

23. 我認識一些當我需要傾訴時會聆聽並理解我的人。	○	○	○	○	○	○
24. 我有一些可以讓我輕鬆地談論我孩子的問題的人。	○	○	○	○	○	○
25. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。	○	○	○	○	○	○
26. 我有一些可以和我一起做愉快事情的人。	○	○	○	○	○	○

27. 在過去六個月裡，您和您的孩子所接受的服務中，哪一項最有幫助？您認為這裡的服務有哪些可以改進的地方？請在此處留言。
我們歡迎所有回饋，無論是正面的還是負面的。

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

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

DHCS 1744 CH

38317



Must be entered on EVERY page

請回答以下問題讓我們知道您孩子的近況

1. 您的孩子現在和您同住嗎？ ☐ 是 ☐ 不是

2. 在過去六個月中，您孩子可曾住過任何以下處所？

請選擇所有適用的選項

- ☐ 和父母雙親或其中一方同住
☐ 和其他家庭成員同住
☐ 青少年寄養家庭
☐ 青少年治療寄養家庭
☐ 緊急臨時收容所

- ☐ 无家可归者收容所
☐ 集体宿舍
☐ 住院治療中心
☐ 醫院
☐ 地方監獄或拘留所

- ☐ 州立懲戒機構
☐ 逃家 / 無住所 / 在街上遊蕩
☐ 其它

3. 在過去的一年，您的孩子否因健康檢查或生病而去看醫生(或護士)？

☐ 是的，在醫生診所 ☐ 是的，在醫院急診室 ☐ 不是 ☐ 不記得了

4. 您的孩子是否正在服用治療情緒/行為問題的藥物？

☐ 是 ☐ 不是

4a. 如果是，醫師或護理師是否告知您和/或您的孩子需要注意哪些副作用？

☐ 是 ☐ 不是

5. 您的孩子接受這裡的服務大概有多久了？

☐ 這是我孩子第一次來。

☐ 我的孩子來過不只一次，但接受服務的時間不到一個月。

☐ 一到二個月

☐ 三到五個月

☐ 六個月到一年

☐ 已超過一年

如果您的孩子一直在接受心理健康服務，請回答問題
6-11。



一年或以下

6. 您的孩子在接受心理健康服務後是否被逮捕？ ☐ 是 ☐ 不是

7. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被逮捕過？ ☐ 是 ☐ 不是

8. 自從您的孩子開始接受心理健康服務以來，他們是否與警方有過接觸？

☐ 減少了

例如，他們沒有被逮捕，沒有受到警察騷擾，也沒有被警察帶到底護所或緊急臨時計劃

☐ 沒有改變

☐ 增加了

☐ 不適用

今年和去年都無和警察接觸。

9. 自從接受此地服務以來，您的孩子可曾被學校開除或退學？ ☐ 是 ☐ 不是

10. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被學校開除或退學？ ☐ 是 ☐ 不是

11. 自從開始接受服務以來，我的孩子在校天數為：

☐ 增加了 ☐ 差不多 ☐ 減少了

☐ 不符合 → 請選擇為什麼不適用

☐ 在開始接受服務之前，孩子出勤率沒有問題。

☐ 孩子太小了還不到上學年齡

☐ 孩子被學校開除了

☐ 孩子在家裏上「家裏學校」課程

☐ 孩子休學

☐ 其它

如果您的孩子一直在接受心理健康服務，請回答問題
12-17。



一年以上

12. 過去的12個月裏，您的孩子可曾被逮捕過？ ☐ 是 ☐ 不是

13. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被逮捕過？ ☐ 是 ☐ 不是

14. 過去一年裡，您的孩子與警方有哪些接觸？

☐ 減少了

例如，他們沒有被逮捕，沒有受到警察騷擾，也沒有被警察帶到底護所或緊急臨時計劃

☐ 沒有改變

☐ 增加了

☐ 不適用

今年和去年都無和警察接觸。

15. 過去的12個月裏，您的孩子可曾被學校開除或退學？ ☐ 是 ☐ 不是

16. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被學校開除或退學？ ☐ 是 ☐ 不是

17. 過去一年，我的孩子在校天數為：

☐ 增加了 ☐ 差不多 ☐ 減少了

☐ 不符合 → 請選擇為什麼不適用

☐ 在開始接受服務之前，孩子出勤率沒有問題。

☐ 孩子太小了還不到上學年齡

☐ 孩子被學校開除了

☐ 孩子在家裏上「家裏學校」課程

☐ 孩子休學

☐ 其它

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

38317



以下請填寫您孩子的個人資料:

18. 您孩子的性別是什麼? ☐ 男性 ☐ 女性

19. 您孩子的父親母親其中有一位是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎? ☐ 是 ☐ 不是 ☐ 不知道

20. 您孩子屬於哪一個種族?
請選擇所有適用的選項

☐ 美國印第安人/阿拉斯加原住民	☐ 白種人
☐ 亞裔	☐ 另一個種族
☐ 黑人/非裔美國人	☐ 不知道
☐ 夏威夷原住民/其他太平洋島民	

21. 您孩子的出生年月日?

月			-	天			-	年				
---	--	--	---	---	--	--	---	---	--	--	--	--

22. 您的孩子有加州醫療補助計畫 (Medi-Cal, 也稱為 Medicaid) 嗎? ☐ 是 ☐ 不是

23. 您的孩子收到的書面文件和/或服務是否以他/她喜歡的語言提供?
介紹現有服務、您作為消費者的權利以及心理健康教育資料的小冊子

☐ 是 ☐ 不是

24. 現在回想一下您的孩子所接受的服務, 其中有多少是透過遠距醫療實現的?
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

25. 與傳統的面對面就診相比, 遠距醫療就診對您的孩子有多大幫助?
☐ 更差 ☐ 差一點 ☐ 差不多 ☐ 好一點 ☐ 好多了 ☐ 不適用

26. 我希望我的孩子在遠距醫療計畫中獲得更多心理健康治療?
☐ 強烈不同意 ☐ 不同意 ☐ 我保持中立 ☐ 同意 ☐ 強烈同意 ☐ 不適用



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	6
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

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

38317

