



- 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。
- 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：「強烈不同意」，「不同意」，「未決定」，「同意」和「強烈同意」。如果問題是關於您未經歷過的事情，請把「不適用」的圓圈填滿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 ○ ⊗ ⊙ ✓

| | 強烈不同意 | 不同意 | 未決定 | 同意 | 強烈同意 | 不適用 |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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：

| | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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"/> |

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？

請評估您接受治療後的直接效果：

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 23. 當我想訴說時我曉得有人會傾聽和了解我。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. 我可以和有些人毫無顧慮的訴說我的問題。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. 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"/> |
| 26. 我可以與別人一起做有趣的事。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

27. 在過去六個月中，本機構那一項服務對你的幫助最大？您覺得我們可以如何改進此地的服務？如果您有任何的建議請寫在這裏。無論是肯定或批評我們都樂意接受。



請回答以下問題讓我們知道您的近況：

1. 在過去六個月中，您可曾住過任何以下處所？ 請選擇所有適用的選項
- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <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"/> 其它 |
| <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偏差而在服用藥物? 是 沒有
- 3a. 如果是。醫生或護士有無事先告知可能會發生的副作用? 是 沒有

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"/> 還不到一個月,可是我已經來過不只一次 | <input type="radio"/> 三到五個月 |
| | <input type="radio"/> 六個月到一年 |
| | <input type="radio"/> 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#5-10

如果您接受心理健康服務已達以下時間,請回答問題#11-16

一年或以下

一年以上

5. 自從接受此地服務以來,您可曾被逮捕過? 是 沒有

6. 在接受此地服務以前的12個月中,您可曾被逮捕過? 是 沒有

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
譬如說被逮捕,被盤查,或被送到收容所等機構

沒有改變
 增加了
 不適用
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 沒有

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 沒有

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 → 請選擇為什麼不適用

- 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
- 其它

11. 在過去12個月中,您可曾被逮捕過? 是 沒有

12. 在接受此地服務以前的12個月中,您可曾被逮捕過? 是 沒有

13. 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
譬如說被逮捕,被盤查,或被送到收容所等機構

沒有改變
 增加了
 不適用
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 沒有

15. 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 沒有

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 → 請選擇為什麼不適用

- 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
- 其它

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page

37090



個人資料：

17. 您的性別是 男性 跨性別者: 女性變男性
 女性 跨性別者: 男性變女性
 非二元 另一種性別認同
 請選擇所有適用的選項
18. 您認為自己是否: 直/異性戀 另一種性取向
 男同性戀者或女同性戀者 不詳
 雙性戀 不想回答
 請選擇所有適用的選項
19. 您是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎? 是 沒有 不知道
20. 您屬於哪一個種族? 美國印地安人/阿拉斯加土生 白種人
 亞裔 另一個種族
 黑種人/非洲裔美國人 不詳
 夏威夷土生/其他太平洋群島種族
21. 您的出生年月日? 月 天 年

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
22. 您有加州醫葯保險卡 Medi-Cal (Medicaid) 嗎? 是 沒有
23. 您收到的書面文件和/或服務是否以您意欲的語言提供? 是 沒有
 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

24. 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
25. 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
26. 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。
 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 | 4 |
|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

37090



Must be entered on EVERY page