

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 ✘

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：“非常不同意”，“不同意”，“無意見”，“同意”和“非常同意”。如果某些問題不符合於您的情況，請標出“不符合”。

	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	不符合
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：

	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	不符合
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. 我和朋友以及其他相識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"/>

繼續到下一頁...

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page



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？請回答以下問題 23-26:

非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	不符合
-------	-----	-----	----	------	-----

23. 當我想訴說時我曉得有人會傾聽和了解我。
24. 我可以和有些人毫無顧慮的訴說我的問題。
25. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。
26. 我可以與別人一起做有趣的事。

27. 在過去六個月中，本機構那一項服務對你的幫助最大？

28. 您覺得我們可以如何改進此地的服務？

29. 如果您有任何的建議請寫在這裏或這份表格的背後。無論是肯定或批評我們都樂意接受。

請回答以下問題 告訴我們你的近況:

1. 在過去六個月中,您可曾住過任何以下處所? (請選所有住過的地方。)

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <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"/> 其他(請描述): _____ |
| <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為偏差而在服用藥物? 是 否

3 a. 如果是。醫生或護士有無事先告知可能會發生的副作用? 是 否

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"/> 已超過一年 |
| <input type="radio"/> 還不到一個月,可是我
已來過不只一次。 | <input type="radio"/> 三到五個月 | |
| | <input type="radio"/> 六個月到一年 | |

繼續到下一頁...

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


CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page



如果您接受此地服務剛滿一年或還未滿一年請回答問題 5-10。如果您已接受此地服務超過一年，請直接跳至問題 11。

5. 自從接受此地服務以來，您可曾被逮捕過？ 是 否
6. 在接受此地服務之前的 12 個月，您可曾被逮捕過？ 是 否
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
 - 沒有改變
 - 增加了
 - 不符合（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 否
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 否
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（不符合的原因？）
- 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。
 - 其他原因

請跳至下一頁第十七題 

如果您已接受此地服務超過一年，請回答問題 11-16。

11. 過去的 12 個月裏，您可曾被逮捕過？ 是 否
12. 在那之前的 12 個月裏，您可曾被逮捕過？ 是 否
13. 過去的一年裏，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
 - 沒有改變
 - 增加了
 - 不符合（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 否
15. 在那之前的 12 個月裏，您可曾被學校開除或退學？ 是 否
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（不符合的原因？）
- 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。
 - 其他原因

繼續到下一頁

52991

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

個人資料：

17. 您的性別是 女性 男性 其它
18. 您是墨西哥裔西班牙裔拉丁美裔嗎？ 是 不是 不知道
19. 您屬於哪一個種族？請圈選所有適用於您的。
 美國印地安人阿拉斯加土生 夏威夷土生其他太平洋群島種族 不知道
 亞裔 白種人
 黑種人非洲裔美國人 其他
20. 您的出生年月日？(請填寫在格子裡，同時塗黑對應的圓圈。請參看以下的例子。)

月月-日日-年年年年
 - -

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

例子 生日是一九八七年四月三十日

月月-日日-年年年年
 04 - 30 - 1990

1. 這裡填寫生日 →

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	●	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

2. 把對應的圓圈塗黑

21. 您有加州醫葯保險卡 MediCal (Medicaid) 嗎？ 是 否
22. 我們提供您的服務是用您所熟悉的語言嗎？ 是 否
23. 我們所提供您的文件(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)是用您所熟悉的語言嗎？ 是 否
24. 請告訴我們有誰幫助您填寫這份問卷表？請圈選所有適用於您的答案。
 我不需要別人幫助。 專業訪談人員。
 心理保健贊助者義務工作人員 我的專業心理輔導人員。
 其他在這裡接受服務的患者。 其他服務人員。
 我的家人。 其他人。誰？ _____

謝謝您寶貴的時間為我們填寫這份表格。

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

Date of Survey Administration:

- -

Reason (if applicable):

- Ref Imp Lan Oth

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

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Reporting Unit:

52991

