

- 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。	○	○	○	○	○	○
2. 我參與選擇我所需要的服務。	○	○	○	○	○	○
3. 我參與決定我的治療目標。	○	○	○	○	○	○
4. 不論情況如何，這裡的服務人員都持恆照顧我。	○	○	○	○	○	○
5. 當我遇到麻煩時，服務人員會聽我訴說。	○	○	○	○	○	○
6. 我參與我自己的治療過程。	○	○	○	○	○	○
7. 此機構所提供的服務很適合我。	○	○	○	○	○	○
8. 此機構的地點對我很方便。	○	○	○	○	○	○
9. 服務人員能配合我方便的時間為我提供服務。	○	○	○	○	○	○
10. 在這裡我可以得到我想要的幫助。	○	○	○	○	○	○
11. 此機構提供所有我需要的幫助。	○	○	○	○	○	○
12. 服務人員很尊重我。	○	○	○	○	○	○
13. 服務人員尊重我的宗教信仰。	○	○	○	○	○	○
14. 服務人員用我了解的方式和我談話。	○	○	○	○	○	○
15. 服務人員尊重我的種族和文化背景。	○	○	○	○	○	○
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。	○	○	○	○	○	○
17. 我和家人相處的比較好了。	○	○	○	○	○	○
18. 我和朋友以及其他的人相處的比較好了。	○	○	○	○	○	○
19. 我在學校(或工作上)的表現有進步。	○	○	○	○	○	○
20. 我比較會應付突發的事件了。	○	○	○	○	○	○
21. 我對於我現在的家庭生活很滿意。	○	○	○	○	○	○
22. 現在我可以把我想做的事做得更好了。	○	○	○	○	○	○
<i>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？</i>						
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。	○	○	○	○	○	○
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。	○	○	○	○	○	○

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

--	--	--	--



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

Page 2 of 4

Subunit
 Version 05/2024

20495

個人資料：

17. 您的性別是
請選擇所有適用的選項
- 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
18. 您認為自己是否：
請選擇所有適用的選項
- 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
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？
請選擇所有適用的選項
- 美國印地安人/阿拉斯加土生
 亞裔
 黑種人/非洲裔美國人
 夏威夷土生/其他太平洋群島種族
- 白種人
 另一個種族
 不詳
21. 您的出生年月日？
- 月 天 年
- -
22. 您有加州醫藥保險卡 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

REQUIRED Information:

Date of Survey Administration

0 5 - - 2 0 2 4

Subunit

Reason for Non-Completion (if applicable):

- Refused
- Impaired (Cognitive, Mental, Physical or Medical Impairment)
- Language (Not available in client's language)
- No Show (Client did not show up for their scheduled visit)
- Youth Unavailable (e.g., Juvenile Hall, hospitalization, AWOL)
- New Client: First Visit
- 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



1. 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。

Large empty rectangular box for handwritten responses.

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

--	--	--	--

