

•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。

•請根據最近6個月的情況回答下述問題，或者如果您已6個月沒有接受過服務，則只需根據您迄今為止接受過的服務回答。就以下每項陳述，請指明您是「強烈同意」、「同意」、「我保持中立」、「不同意」、「強烈不同意」。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 ○ ⊗ ⊙

| | 強烈同意 | 同意 | 我保持中立 | 不同意 | 強烈不同意 | 不適用 |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 我喜歡這裡為我提供的服務。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 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。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 我會向家人或親友推薦這個機構的服務。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. 此機構的地點方便。 <i>停車場, 公共交通工具, 距離等</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. 只要我有需要，服務人員都會幫助我。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. 服務人員會在二十四小時之內回覆我的電話。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. 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"/> |
| 8. 在這裡我能夠得到所有我認為有需要的服務。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. 當我想見心理醫生時就可以見到。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. 服務人員相信我能夠成長，改變和恢復健康。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. 我能夠很自在的提出有關治療和用藥的問題。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. 我能夠自由表達不滿意的地方。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. 服務人員告知我應享的權力。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. 服務人員鼓勵我掌握我自己生活的方向。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. 服務人員事先就警告我關於所用藥物可能造成的副作用。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. 我的治療目標是由我，而不是服務人員來決定的。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. 服務人員尊重我不同的文化背景。 <i>種族, 宗教, 語言等</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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



25750



| | 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。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. 服務人員鼓勵我使用由患者所組成的機構。 如 互助小組，服務中心，危機輔導專線等等 | <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： | | | | | | |
| 21. 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"/> |
| 22. 我能夠較好的掌握我的生活了。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. 我能夠較好的處理緊急情況了。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. 我和家人相處的比較融洽了。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. 我比較知道如何參與社交活動了。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. 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"/> |
| 27. 我的居住情況有改善。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. 我的症狀不再那麼煩擾我了。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. 我現在能夠做對我比較有意義的事了。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. 我現在比較能夠顧及我自己的需要了。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. 我現在能夠把自己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"/> |

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?

請評估您接受治療後的直接效果：

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 33. 我對我現有的朋友很滿意。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. 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"/> |
| 35. 我對這個社區有歸屬感。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. 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"/> |

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



25750



請回答以下問題讓我們知道您的近況：

1. 您接受這裡的服務大概有多久了？

- 這是我第一次來
 ○還不到一個月，可是我已經來過不只一次
- 一 到 二 個 月
 ○三 到 五 個 月
 ○六 到 一 年
 ○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

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

2. 自從接受此地服務以來，您可曾被逮捕過？

3. 在接受此地服務以前的 12 個月中，您可曾被逮捕過？

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。

5. 在過去 12 個月中，您可曾被逮捕過？

6. 在接受此地服務以前的 12 個月中，您可曾被逮捕過？

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。

個人資料：

8. 您的性別是 男性 女性 非二元
 請選擇所有適用的 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 沒有 不詳

11. 您屬於哪一個種族？
 請選擇所有適用的 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

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



25750



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

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。

強烈不同意 不同意 我保持中立 同意 強烈同意 不適用



17. 您有任何的建議請寫在這裏或者在這份表格的背後。無論是肯定或批評我們都樂意接受。如果您覺得有我們應該知道而卻不在這份表格上的問題也請寫在這裏。



感謝您用時間來回答這些問題!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

Date of Survey Administration:

County Reporting Unit (optional):

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

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| 0 | 5 | / | | |
|---|---|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | / | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 2 | 4 |
|---|---|---|---|

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

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

25750

