

- 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，不會影響您目前或未來所獲得的服務。請為以下每個調查項目選擇對應的選項並塗上對應的圓圈。
- 請根據過去6個月的情況回答以下問題；如果您未接受過6個月的服務，請根據您目前為止接受的服務作答。請對以下每項陳述表明您的同意程度，包括：非常同意、同意、中立、不同意或非常不同意。果問題是您未經歷過的事情，請填寫「不適用」的圓圈，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 ○ ⊗ ⊙

	極同意	同意	我保持中立	不同意	極不同意	不適用
1. 我喜歡在這裡得到的服務。	<input type="radio"/>					
2. 即使有其他選擇，我仍然會選擇這家機構的服務。	<input type="radio"/>					
3. 我會向朋友或家人推薦這家機構。	<input type="radio"/>					
4. 服務地點方便。 停車場、公共交通工具、距離等。	<input type="radio"/>					
5. 只要我覺得有必要，工作人員都願意接見我。	<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"/>					
7. 服務時間安排很適合我。	<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"/>					
9. 我想看精神科醫生的時候就能去看。	<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"/>					
11. 詢問有關我的治療和藥物的問題時，我感到很自在。	<input type="radio"/>					
12. 我能夠自由表達不滿意的地方。	<input type="radio"/>					
13. 服務人員告知我應享的權力。	<input type="radio"/>					
14. 工作人員鼓勵我對自己的生活方式負責。	<input type="radio"/>					
15. 工作人員告訴我要注意哪些副作用。	<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"/>					
17. 我的治療目標是由我，而不是服務人員來決定的。	<input type="radio"/>					
18. 工作人員體諒到我的文化背景。 種族、宗教、語言等	<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.

56128

* CSI County Client Number

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

DHCS 1744 CH

Must be entered on EVERY page





	強烈同意	同意	我保持中立	不同意	強烈不同意	不適用
19. 工作人員幫助我獲取了所需的信息, 以便我能夠自主管理自己的疾病。	<input type="radio"/>					
20. 我被鼓勵使用消費者運作的計劃。 如互助小組, 服務中心, 危機輔導專線等等。	<input type="radio"/>					
根據我得到的服務的直接結果:						
21. 我能夠更有效的處理日常生活了。	<input type="radio"/>					
22. 我能夠較好的掌握我的生活了。	<input type="radio"/>					
23. 我能夠較好的處理緊急情況了。	<input type="radio"/>					
24. 我和家人相處的比較融洽了。	<input type="radio"/>					
25. 我比較知道如何參與社交活動了。	<input type="radio"/>					
26. 我在學校(或工作上)的表現有進步。	<input type="radio"/>					
27. 我的居住情況有改善。	<input type="radio"/>					
28. 我的症狀並沒有那麼困擾我了。	<input type="radio"/>					
29. 我現在能夠做對我比較有意義的事了。	<input type="radio"/>					
30. 我現在比較能夠顧及我自己的需要了。	<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"/>					
32. 我現在能夠把自己想做的事做得更好了。	<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?

根據我得到的服務的直接結果:

	強烈同意	同意	我保持中立	不同意	強烈不同意	不適用
33. 我對我擁有的友誼感到高興。	<input type="radio"/>					
34. 我有一些可以和我一起做愉快事情的人。	<input type="radio"/>					
35. 我覺得我屬於我的社區。	<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"/>					



* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



請回答以下問題讓我們知道您的近況：

1. 你在這裡接受服務大約多久了？

這是我第一次來

我曾多次就診，但接受服務的時間加起來不到一個月。

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. 自從你開始接受心理健康服務以來，你是否被逮捕過？ 是 不是

3. 在接受此地服務以前的 12 個月中，您可曾被逮捕過？ 是 不是

4. 自從你開始接受心理健康服務以來，你和警方有過接觸嗎？

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緊急臨時計劃

沒有改變

增加了

不適用

我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？ 是 不是

6. 在接受此地服務以前的 12 個月中，您可曾被逮捕過？ 是 不是

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緊急臨時計劃

沒有改變

增加了

不適用

我今年和去年都沒有和警察接觸。

請回答以下問題，讓我們進一步了解您。

8. 您的生理性別是？ 男性 女性

9. 您是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎？ 是 不是 不詳

10. 您屬於哪一個種族？
請選擇所有適用的

美國印第安人/阿拉斯加原住民

亞裔

黑人/非裔美國人

夏威夷原住民/其他太平洋島民

白種人

另一个种族

不詳

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

56128



11. 你的出生日期是？

月	天	年

12. 書面文件和/或您所接受的服務是否以您偏好的語言提供？ ○ 是 ○ 不是
 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

13. 現在回想一下您所接受的服務，其中有多少是透過遠距醫療獲得的？
 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

14. 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

15. 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。

○ 極不同意 ○ 不同意 ○ 我保持中立 ○ 同意 ○ 極同意 ○ 不適用



16. 請在此處提供意見。我們對正面和負面反饋都感興趣。此外，如果您認為本問卷未涵蓋但本應涵蓋的領域，請將其寫在此。感謝您抽空並配合填寫本問卷。



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

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

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

56128

