

- 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，不會影響您或您的孩子目前或將來所接受的服務。請為以下每個調查項目選擇相應的選項並塗上相應的圓圈。
- 請根據過去6個月的情況回答以下問題；如果6個月內未接受過服務，請根據目前為止接受過的服務作答。請對以下每項陳述表明您的意見，選項包括：非常不同意、不同意、不確定、同意或非常同意。如果問題是您或您的孩子未經歷過的事情，請填寫「不適用」以表示該項目不適用。
- 請把圓圈完全地填滿。

正確的 ●
不正確 ○ ⊗ ⊙ ✓

| | 極不同意 | 不同意 | 未決定 | 同意 | 極同意 | 不適用 |
|-----------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|
| 1. 總括來說我滿意此機構為我孩子提供的服務。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. 我幫忙選擇了我孩子的服務。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. 我參與決定我孩子的治療目標。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. 無論發生什麼事這裡的服務人員都一直陪伴著我們。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. 我覺得我的孩子在遇到困難時有人可以傾訴。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. 我參與我孩子的治療過程。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. 我的孩子和/或家人得到適合我們的服務。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. 此機構的地點對我們很方便。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. 服務時間安排很方便我們。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. 我的家庭得到了我們想要孩子得到的幫助。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. 我的家庭得到了我們孩子所需要的一切幫助。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. 服務人員很尊重我。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. 服務人員尊重我的宗教信仰。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 14. 工作人員用我能理解的方式與我交談。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 15. 工作人員體諒到我的文化/種族背景。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 治療後的直接效果： | | | | | | |
| 16. 我的孩子能夠更有效的處理日常生活了。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 17. 我的孩子和家人相處的比較好了。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 18. 我的孩子和朋友以及其他相識的人相處的比較好了。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 19. 我的孩子在學校(或工作上)的表現有進步。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 20. 當出現問題時，我的孩子能夠更好地應對。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. 我對我們目前的家庭生活感到滿意。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 22. 我的孩子現在更能做自己想做的事了。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

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？

| | 極不同意 | 不同意 | 未決定 | 同意 | 極同意 | 不適用 |
|----------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|
| 23. 我認識一些當我需要傾訴時會聆聽並理解我的人。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 24. 我有一些可以讓我輕鬆地談論我孩子的問題的人。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 25. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 26. 我有一些可以和我一起愉快事情的人。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

27. 在過去六個月裡，您和您的孩子所接受的服務中，哪一項最有幫助？您認為這裡的服務有哪些可以改進的地方？請在此處留言。我們歡迎所有回饋，無論是正面的還是負面的。

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

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

DHCS 1744 CH

7762



Must be entered on EVERY page



請回答以下問題讓我們知道您孩子的近況

1. 您的孩子現在和您同住嗎？ 是 不是
2. 在過去六個月中，您孩子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"/> 无家可归者收容所 | <input type="radio"/> 州立懲戒機構 |
| <input type="radio"/> 和其他家庭成員同住 | <input type="radio"/> 集体宿舍 | <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"/> 住院治療中心 | <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"/> 緊急臨時收容所 | <input type="radio"/> 地方監獄或拘留所 | |
3. 在過去的一年，你的孩子否因健康檢查或生病而去看醫生(或護士)？
 是的，在醫生診所 是的，在醫院急診室 不是 不記得了
4. 您的孩子是否正在服用治療情緒/行為問題的藥物？ 是 不是
- 4a. 如果是，醫師或護理師是否告知您和/或您的孩子需要注意哪些副作用？ 是 不是

5. 您的孩子接受這裡的服務大概有多久了？

| | |
|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> 這是我孩子第一次來。 | <input type="radio"/> 一到二個月 |
| <input type="radio"/> 我的孩子來過不只一次，但接受服務的時間不到一個月。 | <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 |

如果您的孩子一直在接受心理健康服務，請回答問題 # 6-11。



一年或以下

6. 您的孩子在接受心理健康服務後是否被逮捕？ 是 不是
7. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被逮捕過？ 是 不是
8. 自從您的孩子開始接受心理健康服務以來，他們是否與警方有過接觸？
 減少了
例如，他們沒有被逮捕，沒有受到警察騷擾，也沒有被警察帶到庇護所或緊急臨時計劃
 沒有改變
 增加了
 不適用
今年和去年都無和警察接觸。
9. 自從接受此地服務以來，您的孩子可曾被學校開除或退學？ 是 不是
10. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被學校開除或退學？ 是 不是
11. 自從開始接受服務以來，我的孩子在校天數為：
 增加了 差不多 減少了
 不符合 → 請選擇為什麼不適用
 在開始接受服務之前，孩子出勤率沒有問題。
 孩子太小了還不到上學年齡
 孩子被學校開除了
 孩子在家裏上“家裏學校”課程
 孩子休學
 其它

如果您的孩子一直在接受心理健康服務，請回答問題 #12-17。



一年以上

12. 過去的12個月裏，您的孩子可曾被逮捕過？ 是 不是
13. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被逮捕過？ 是 不是
14. 過去一年裡，您的孩子與警方有哪些接觸？
 減少了
例如，他們沒有被逮捕，沒有受到警察騷擾，也沒有被警察帶到庇護所或緊急臨時計劃
 沒有改變
 增加了
 不適用
今年和去年都無和警察接觸。
15. 過去的12個月裏，您的孩子可曾被學校開除或退學？ 是 不是
16. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被學校開除或退學？ 是 不是
17. 過去一年，我的孩子在校天數為：
 增加了 差不多 減少了
 不符合 → 請選擇為什麼不適用
 在開始接受服務之前，孩子出勤率沒有問題。
 孩子太小了還不到上學年齡
 孩子被學校開除了
 孩子在家裏上“家裏學校”課程
 孩子休學
 其它

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

7762



以下請填寫您孩子的個人資料:

18. 您孩子的性別是什麼? 男性 女性

19. 您孩子的父親母親其中有一位是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎? 是 不是 不知道

20. 您孩子屬於哪一個種族?
請選擇所有適用的選項

美國印第安人/阿拉斯加原住民 白種人
 亞裔 另一個種族
 黑人/非裔美國人 不知道
 夏威夷原住民/其他太平洋島民

21. 您孩子的出生年月日?

| | | |
|---|---|---|
| 月 | 天 | 年 |
| | | |

22. 您的孩子有加州醫療補助計畫 (Medi-Cal, 也稱為Medicaid) 嗎? 是 不是

23. 您的孩子收到的書面文件和/或服務是否以他/她喜歡的語言提供?
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 是 不是

24. 現在回想一下您的孩子所接受的服務, 其中有多少是透過遠距醫療實現的?
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. 與傳統的面對面就診相比, 遠距醫療就診對您的孩子有多大幫助?
 更差 差一點 差不多 好一點 好多了 不適用

26. 與傳統的面對面就診相比, 遠距醫療就診對您的孩子有多大幫助?
 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 | 6 |
|---|---|---|--|---|---|---|---|---|

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

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

7762

