

- 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立場，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。

	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提供的服務。	<input type="radio"/>					
2. 我幫忙選擇了我自己的服務。	<input type="radio"/>					
3. 我幫忙選擇了我自己的治療目標。	<input type="radio"/>					
4. 不論情況如何，這裡的服務人員都一直陪伴著我。	<input type="radio"/>					
5. 我覺得我在遇到困難時有人可以傾訴。	<input type="radio"/>					
6. 我參與了我自己的治療。	<input type="radio"/>					
7. 我得到了適合我的服務。	<input type="radio"/>					
8. 此機構的地點對我很方便。	<input type="radio"/>					
9. 服務時間安排很方便我。	<input type="radio"/>					
10. 在這裡我可以得到我想要的幫助。	<input type="radio"/>					
11. 我得到了我所需要的一切幫助。	<input type="radio"/>					
12. 服務人員很尊重我。	<input type="radio"/>					
13. 服務人員尊重我的宗教信仰。	<input type="radio"/>					
14. 工作人員用我能理解的方式與我交談。	<input type="radio"/>					
15. 工作人員體察我的文化/種族背景。	<input type="radio"/>					

根據我得到的服務的直接結果：

16. 我能夠更有效的處理日常生活了。	<input type="radio"/>					
17. 我和家人相處的比較好了。	<input type="radio"/>					
18. 我和朋友以及其他的人相處的比較好了。	<input type="radio"/>					
19. 我在學校(或工作上)的表現有進步。	<input type="radio"/>					
20. 當出現問題時，我能夠更好地應對。	<input type="radio"/>					
21. 我對我目前的家庭生活感到滿意。	<input type="radio"/>					
22. 現在我可以把我想做的事做得更好了。	<input type="radio"/>					

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？

根據我得到的服務的直接結果：

23. 我認識一些當我需要傾訴時會聆聽並理解我的人。	<input type="radio"/>					
24. 我有一些可以讓我輕鬆地談論我的問題的人。	<input type="radio"/>					
25. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。	<input type="radio"/>					
26. 我有一些可以和我一起做愉快事情的人。	<input type="radio"/>					

27. 在過去六個月中，本機構那一項服務對您的幫助最大？請在此處提供意見。我們對正面和負面反饋都感興趣。

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

16519



\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

## 請回答以下問題讓我們知道您的近況：

1. 在過去的6個月裡你住過以下的地方嗎？

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<br><input type="radio"/> 和 其 他 家 庭 成 員 同 住<br><input type="radio"/> 青 少 年 寄 養 家 庭<br><input type="radio"/> 青 少 年 治 療 寄 養 家 庭<br><input type="radio"/> 緊 急 臨 時 收 容 所 | <input type="radio"/> 无 家 可 归 者 收 容 所<br><input type="radio"/> 集 体 宿 舍<br><input type="radio"/> 住 院 治 療 中 心<br><input type="radio"/> 醫 院<br><input type="radio"/> 地 方 監 獄 或 拘 留 所<br><br><input type="radio"/> 州 立 懲 戒 機 構<br><input type="radio"/> 逃 家 / 無 住 所 / 在 街 上 遊 蕩<br><input type="radio"/> 其 它 |
|---|--|

2. 在過去的一年，您是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

3. 你是否正在服用治療情緒/行為問題的藥物？

- 是     不是

3a. 如果答案是「是的」，醫生或護士是否告訴您要注意哪些副作用？

- 是     不是

4. 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

如果您曾接受過心理健康服務，請回答第 5-10題。

如果您曾接受過心理健康服務，請回答第 11-16 題。

一年或以下

一年以上

5. 自從你開始接受心理健康服務以來，你和警方有過接觸嗎？     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. 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

*如，你沒有被逮捕、沒有被警察騷擾、沒有被警察帶到底護所或緊急臨時計畫。*

- 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     不是

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     不是

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

- 在開始接受服務之前，我的出勤率沒有任何問題。
- 我被學校開除了
- 我在家自學
- 我輟學了
- 其它

11. 過去的12個月裏，您可曾被學校開除或退學？     是     不是

12. 在接受此地服務以前的 12 個月中，您可曾被逮捕過？     是     不是

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

*如，你沒有被逮捕、沒有被警察騷擾、沒有被警察帶到底護所或緊急臨時計畫。*

- 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     不是

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     不是

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

- 在開始接受服務之前，我的出勤率沒有任何問題。
- 我被學校開除了
- 我在家自學
- 我輟學了
- 其它

\* CSI County Client Number

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



請回答以下問題，讓我們進一步了解您。

17. 您的生理性別是？  男性  女性
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  不詳  
 夏威夷原住民/其他太平洋島民
20. 你的出生日期是？
- |   |   |   |   |   |  |  |  |
|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 月 |   | 天 |   | 年 |  |  |  |
|   | - |   | - |   |  |  |  |
21. 您有加州醫療補助計劃(Medi-Cal, 也稱為Medicaid)嗎？  是  不是
22. 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

23. 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
24. 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
25. 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

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

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

16519

