



- 請填寫這一份問卷表來幫助我們改進未來對您孩子的服務。我們對您的答案會保守秘密，您的答案只會用於評估改進我們的服務
- 回答以下的問題。如果您孩子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」。如果某些問題不適用於您孩子的情況，請標出「不適用」。

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孩子提供的服務。     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 我參與選擇我孩子所需要的服務。          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 我參與決定我孩子的治療目標。           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. 不論情況如何，這裡的服務人員都持恆照顧我的孩子。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. 當我的孩子有麻煩時，服務人員聽他訴說。      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. 我參與我孩子的治療過程。             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. 此機構所提供的服務很適合我的孩子和我們的家庭。  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. 此機構的地點對我們很方便。            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. 服務人員能配合我們方便的時間為我們服務。     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. 在這裡我的孩子可以得到所有他需要的幫助。    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. 此機構也協助我家庭得到我孩子需要的幫助。    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. 服務人員很尊重我。               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. 服務人員尊重我的宗教信仰。           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. 服務人員用我了解的方式和我談話。        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. 服務人員尊重我的種族和文化背景。        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>治療後的直接效果：</b>            |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| 16. 我的孩子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"/> |
| 17. 我的孩子和家人相處的比較好了。         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. 我的孩子和朋友以及其他的人相處的比較好了。   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. 我的孩子在學校(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"/> |
| 20. 我的孩子比較會應付突發的事件了。        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. 我對於我現在的家庭生活很滿意。         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. 現在我的孩子能把他想做的事做得更好。      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <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？

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。   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. 我可以和有些人毫無顧慮的訴說我孩子的問題。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <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"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. 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"/> |

27. 在過去六個月中，本機構那一項服務對你們的幫助最大？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。

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  
(revised 05/08/24)

17312



## 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  沒有
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     |                                    |
3. 在過去一年中，您的孩子可曾因生病或體格檢查看過醫生(或護士)？  
 是的，在醫生診所  是的，在醫院急診室  沒有  不記得了
4. 您的孩子是否因精神問題或行偏差而在服用藥物？  是  沒有
  - 4a. 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

5. 您的孩子接受這裡的服務大概有多久了？
 

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="radio"/> 這是我的孩子第一次來。        | <input type="radio"/> 一到二個月  |
| <input type="radio"/> 還不到一個月，可是已經來過不只一次。 | <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  |

如果您的孩子接受心理健康服務已達以下時間，請回答問題#6-11



一年或以下

6. 自從接受此地服務以來，您的孩子可曾被逮捕過？  是  沒有
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  沒有
8. 自從接受此地服務以來，您的孩子與警察的接觸(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。
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  沒有
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  沒有
11. 自從接受此地服務以來，您的孩子上學的日子
  - 增加了  差不多  減少了
  - 不符合 → 請選擇為什麼不適用
    - 孩子以前就沒有缺席的問題
    - 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

如果您的孩子接受心理健康服務已達以下時間，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  沒有
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  沒有
14. 過去的一年裏，您的孩子與警察的接觸(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。
15. 過去的12個月裏，您的孩子可曾被學校開除或退學？  是  沒有
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  沒有
17. 過去的一年裏，您的孩子上學的日子
  - 增加了  差不多  減少了
  - 不符合 → 請選擇為什麼不適用
    - 孩子以前就沒有缺席的問題
    - 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\*\*\*

17312



以下請填寫您孩子的個人資料：

18. 您孩子的性別是  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  
 請選擇所有適用的選項
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  沒有  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  不知道  夏威夷土生/其他太平洋群島種族
21. 您孩子的出生年月日?   /   -   -
22. 您的孩子有加州醫藥保險卡Medi-Cal (Medicaid) 嗎?  是  沒有
23. 您的孩子收到的書面文件和/或服務是否以他/她意慾的語言提供?  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, 請想想在您的孩子所接受的服務中, 多少是透過遠程保健提供的?  
 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. 與傳統的親身看醫生比較, 以遠程保健形式來看醫生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. 我較希望我的孩子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:

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Date of Survey Administration:

|                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

County Reporting Unit (optional):

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

17312



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