



- 请填写一份问卷来帮助我们改进未来对您的服务。您的答案是保密的，并不会影响您或者您的孩子现在以及未来所接受的服务。在接下来的每一个问题里，请您将最符合您当前状况的选项所对应的圆圈填满。
- 請根據過去六個月的經驗回答以下的問題。如果您或您的孩子接受此項服務還不到六個月，則只需根據迄今為止的經驗來回答。請標出您對以下每一個問題的看法是：「極不同意」，「不同意」，「未決定」，「同意」，和「極同意」。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. 不論情況如何，這裡的服務人員都持恆照顧我的孩子。	○	○	○	○	○	○
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. 服務的時間對我們是合宜的。	○	○	○	○	○	○
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. 現在我的孩子能把他想做的事做得更好。	○	○	○	○	○	○

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. 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做愉快事情的人。	○	○	○	○	○	○

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)

7507



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"/> 無 家 可 歸 人 士 接 待 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"/> 青 少 年 觀 護 感 化 所	<input type="radio"/> 逃 家 / 無 住 所 / 在 街 上 遊 蕩
<input type="radio"/> 青 少 年 寄 養 家 庭 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 接 待 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 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 不是
 - 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 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 的 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 是 不是 可曾被逮捕過？
7. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子 是 不是 可曾被逮捕過？
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 是 不是 可曾被學校開除或退學？
10. 在接受此地服務之前的12個月，您 是 不是 的孩子可曾被學校開除或退學？
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 是 不是 逮捕過？
13. 在接受此地服務之前的12個月，您 是 不是 的孩子可曾被逮捕過？
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 是 不是 學校開除或退學？
16. 在接受此地服務之前的12個月，您 是 不是 的孩子可曾被學校開除或退學？
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

7507



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 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 亞裔 黑種人/非洲裔美國人 夏威夷原住民/其他太平洋島民 白種人 另一个种族 不知道
21. 您孩子的出生年月日? / - -
22. 您的孩子有Medi-Cal醫療(Medicaid 醫療補助) 保險嗎? 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?
 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 是 不是

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: Date of Survey Administration: / / 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

7507



Must be entered on EVERY page