DHCS California Department of HealthCareServices

ADULT SURVEY
Fall 2016

CHINESE
Without QOL

請填寫這一份問卷表來幫助我們改進未來對您的服務。我們對您的答案會保守秘密，並且只用於評估改進我們的服務。

回答下面的問題請把您選擇的圓圈塗黑。 正確塗法● 錯誤塗法✖ ✔

心理保健統計改進計劃患者問卷*:

請根據您過去六個月的經驗回答以下的問題。如果您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: “非常同意“，“同意“，“無意見“，“不同意“ 和 “非常不同意“。如果某些問題不符合於您的情況，請標出 “不符合” 。

(5 - 非常同意, 4 - 同意, 3 - 無意見, 2 - 不同意, 1 - 非常不同意, 8 - 不符合)

	5	4	3	2	1	8
1. 我喜歡這裡為我提供的服務。	○	○	○	○	○	○
2. 即使我有其他的選擇，我還是會選擇此機構所提供的各項服務。	○	○	○	○	○	○
3. 我會向家人或親友推薦這個機構的服務。	○	○	○	○	○	○
4. 此機構的地點方便(停車場,公共交通工具，距離等。)	○	○	○	○	○	○
5. 只要我有需要，服務人員都會幫助我。	○	○	○	○	○	○
6. 服務人員會在二十四小時之內回覆我的電話。	○	○	○	○	○	○
7. 服務人員能配合我方便的時間為我提供服務。	○	○	○	○	○	○
8. 在這裡我能夠得到所有我認為有需要的服務。	○	○	○	○	○	○
9. 當我想見心理醫生時就可以見到。	○	○	○	○	○	○
10. 服務人員相信我能夠成長，改變和恢復健康。	○	○	○	○	○	○
11. 我能夠很自在的提出有關治療和用藥的問題。	○	○	○	○	○	○
12. 我能夠自由表達不滿意的地方。	○	○	○	○	○	○
13. 服務人員告知我應享的權力。	○	○	○	○	○	○
14. 服務人員鼓勵我掌握我自己生活的方向。	○	○	○	○	○	○
15. 服務人員事先就警告我關於所用藥物可能造成的副作用。	○	○	○	○	○	○
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。	○	○	○	○	○	○
17. 我的治療目標是由我，而不是服務人員來決定的。	○	○	○	○	○	○
18. 服務人員尊重我不同的文化背景。	○	○	○	○	○	○
19. 服務人員協助我取得有用的資訊，所以我可以更有效的控制我的病情。	○	○	○	○	○	○
20. 服務人員鼓勵我使用由患者所組成的機構(如互助小組，服務中心，危機輔導專線等等。)。	○	○	○	○	○	○

請評估您接受治療後的直接效果:

(5 - 非常同意, 4 - 同意, 3 - 無意見, 2 - 不同意, 1 - 非常不同意, 8 - 不符合)

	5	4	3	2	1	8
21. 我能夠更有效的處理日常生活了。	○	○	○	○	○	○
22. 我能夠較好的掌握我的生活了。	○	○	○	○	○	○

*本問卷調查是由患者，“心理保健統計改進計劃委員會” 和 “心理保健服務中心” 共同策劃.

繼續到下一頁...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

55461

DHCS 1740 CH (05/13)

CHINESE
Without QOL

請評估您接受治療後的直接效果:

(5 - 非常同意, 4 - 同意, 3 - 無意見, 2 - 不同意, 1 - 非常不同意, 8 - 不符合)

	5	4	3	2	1	8
23. 我能夠較好的處理緊急情況了。	○	○	○	○	○	○
24. 我和家人相處的比較融洽了。	○	○	○	○	○	○
25. 我比較知道如何參與社交活動了。	○	○	○	○	○	○
26. 我在學校(或工作上)的表現有進步。	○	○	○	○	○	○
27. 我的居住情況有改善。	○	○	○	○	○	○
28. 我的症狀不再那麼煩擾我了。	○	○	○	○	○	○
29. 我現在能夠做對我比較有意義的事了。	○	○	○	○	○	○
30. 我現在比較能夠顧及我自己的需要了。	○	○	○	○	○	○
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	○	○	○	○	○	○
32. 我現在能夠把自己想做的事做得更好了。	○	○	○	○	○	○

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？

(5 - 非常同意, 4 - 同意, 3 - 無意見, 2 - 不同意, 1 - 非常不同意, 8 - 不符合)

	5	4	3	2	1	8
33. 我對我現有的朋友很滿意。	○	○	○	○	○	○
34. 我可以與別人一起做有趣的事。	○	○	○	○	○	○
35. 我對這個社區有歸屬感。	○	○	○	○	○	○
36. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。	○	○	○	○	○	○

繼 續 到 下 一 頁...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

55461

CHINESE
Without QOL

請回答以下問題讓我們知道您的近況:

1. 您接受這裡的服務大概有多久了?
   - ○ 這是我第一次來。
   - ○ 還不到一個月，可是我已經來過不只一次。
   - ○ 一到二個月
   - ○ 三到五個月
   - ○ 六個月到一年
   - ○ 已超過一年

如果您接受此地服務 剛滿一年或 還未滿一年 請回答以下問題 2-4。 如果您接受此地服務已 超過一年，請直接跳至問題 5。

2. 自從接受此地服務以來，您可曾被逮捕過？ ○ 是 ○ 否
3. 在接受此地服務以前的 12 個月中，您可曾被逮捕過？ ○ 是 ○ 否
4. 自從接受此地服務以來，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
   - ○ 沒有改變
   - ○ 增加了
   - ○ 不符合（今年和去年都沒有和警察接觸。）

請直接跳至問題 8

如果您接受此地服務已 超過一年，請回答問題 5-7.

5. 在過去 12 個月中，您可曾被逮捕過？ ○ 是 ○ 否
6. 在那之前的 12 個月中，您可曾被逮捕過？ ○ 是 ○ 否
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
   - ○ 沒有改變
   - ○ 增加了
   - ○ 不符合（今年和去年都沒有和警察接觸。）

個人資料：

8. 您的性別是 ○ 女性 ○ 男性 ○ 其它
9. 您是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎? ○ 是 ○ 不是 ○ 不知道
10. 您屬於哪一個種族? 請圈選所有適用於您的。
    - ○ 美國印地安人/阿拉斯加土生
    - ○ 亞裔
    - ○ 黑種人/非洲裔美國人
    - ○ 夏威夷土生/其他太平洋群島種族
    - ○ 白種人
    - ○ 其他
    - ○ 不知道

繼 續 到 下 一 百...

55461

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

CHINESE
Without QOL

11. 您的出生年月日? (請填寫在格子裡, 同時塗黑對應的圓圈。 請參看以下的例子。)

生日 月月-日日-年年年年

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	⓪⓪	⓪⓪	⓪⓪⓪⓪
1	①①	①①	①①①①
2	②②	②②	②②②②
3	③③	③③	③③③③
4	④④	④④	④④④④
5	⑤⑤	⑤⑤	⑤⑤⑤⑤
6	⑥⑥	⑥⑥	⑥⑥⑥⑥
7	⑦⑦	⑦⑦	⑦⑦⑦⑦
8	⑧⑧	⑧⑧	⑧⑧⑧⑧
9	⑨⑨	⑨⑨	⑨⑨⑨⑨

例子 生日是一九六七年四月三十日

Date of Birth (mm-dd-yyyy)

1. 這裡填寫生日 → 04 - 30 - 1967

2. 把對應的圓圈塗黑

0	●○	○●	○○○○
1	○○	○○	●○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	●○	○○○○
4	○●	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○●○
7	○○	○○	○○○●
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○●○○

12. 我們提供您的服務是用您所熟悉的語言嗎? ○ 是 ○ 否

13. 我們所提供您的文件(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)是用您所熟悉的語言嗎? ○ 是 ○ 否

14. 您參與這項服務的主要原因是
- ○ 我自己想要參加的。
- ○ 別人建議我來的。
- ○ 我並不願意來。

15. 請告訴我們有誰幫助您填寫這份問卷表? 請圈選所有適用於您的答案。
- ○ 我不需要別人幫助。
- ○ 心理保健贊助者/義務工作人員。
- ○ 其他在這裡接受服務的患者。
- ○ 我的家人。
- ○ 專業訪談人員。
- ○ 我的專業心理輔導人員。
- ○ 其他服務人員。
- ○ 其他人。誰? _____

16. 您有任何的建議請寫在這裏或者在這份表格的背後。 無論是肯定或批評我們都樂意接受。
如果您覺得有我們應該知道而卻不在這份表格上的問題也請寫在這裡。

謝謝您寶貴的時間為我們填寫這份表格。

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code: 1 9

Date of Survey Administration:

11 2016 ☐☐ - ☐☐☐☐

Reason (if applicable):

○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

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

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

○01 ○02 ○03 ○04 ○05 ○06 ○07 ○08 ○09 ○10
○11 ○12 ○13 ○14 ○15 ○16 ○17 ○18 ○19 ○20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

○01 ○02 ○03 ○04 ○05 ○06 ○07 ○08 ○09 ○10
○11 ○12 ○13 ○14 ○15 ○16 ○17 ○18 ○19 ○20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

○01 ○02 ○03 ○04 ○05 ○06 ○07 ○08 ○09 ○10
○11 ○12 ○13 ○14 ○15 ○16 ○17 ○18 ○19 ○20

County Reporting Unit: ☐☐☐☐☐☐☐☐

55461