

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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. 我和家人相處的比較融洽了。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. 我比較知道如何參與社交活動了。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. 我在學校(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"/>
27. 我的居住情況有改善。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. 我的症狀不再那麼煩擾我了。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. 我現在能夠做對我比較有意義的事了。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. 我現在比較能夠顧及我自己的需要了。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. 我現在能夠把自己想做的事做得更好了。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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	4	3	2	1	8
33. 我對我現有的朋友很滿意。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. 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"/>
35. 我對這個社區有歸屬感。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. 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"/>

繼續到下一頁...



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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



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

例子 生日是一九六七年四月三十日

Date of Birth (mm-dd-yyyy)

04 - 30 - 1967

1. 這裡填寫生日

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裏。

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: □□

Date of Survey Administration:
 □□ - □□ - □□□□
 1 1 - - 2 0 1 8

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:
 □□□□□□□□

38148

