

个人/家庭咨询服务会面记录

您好，欢迎来到个人/家庭咨询服务会面记录。请确保在每次咨询会议后完成此表格，并且不会在会议期间用作调查。

请在下面输入您的唯一访问代码。

Prev

1

2

3

4



Next

* -required

雇员信息

1) 机构名称

Access California Services

2) 服务日期

2023-06-20

3) 服务郡县?

Alameda County

4) 雇员一的姓名?

Test Form

5) 雇员二的姓名? (如有)

6) 会面次数?

- * 第一次会面
 第二次会面
 第三次会面
 第四次会面
 第五次会面或以上
 最后一次会面

7) 会面时间?

- * 10分钟或以下
 10-29分钟
 30-44分钟
 45-59分钟
 60分钟或以上

8) 参与人数?

- * 1
 2
 3
 4
 5
 6个以上

9) 请在下方注明每个年龄段的人数。

0-11 岁	<input type="text" value="1"/>
12-17 岁	<input type="text" value="0"/>
18-25 岁	<input type="text" value="0"/>
26-40 岁	<input type="text" value="0"/>
41-64 岁	<input type="text" value="0"/>
65+ 岁	<input type="text" value="0"/>

10) 请在下方注明代表每个种族/族裔的人数。

白人, 高加索人	<input type="text" value="1"/>
黑人, 非裔美国人	<input type="text" value="0"/>
西班牙裔, 拉丁裔	<input type="text" value="0"/>
亚裔	<input type="text" value="0"/>
东南亚人 (指: 苗族, 老挝人, 泰国人, 柬埔寨人)	<input type="text" value="0"/>
夏威夷原住民/其他太平洋岛民	<input type="text" value="0"/>
阿拉斯加原住民/美洲印第安人	<input type="text" value="0"/>
中东人	<input type="text" value="0"/>
不清楚/不愿透露	<input type="text" value="0"/>
其他	<input type="text" value="0"/>

11) 使用的主要语言?

Chinese

12) 请在下方注明每种性取向的人数。

异性恋	<input type="text" value="1"/>
男同性恋/女同性恋	<input type="text" value="0"/>

双性恋	<input type="text" value="0"/>
酷儿 (流动性别)	<input type="text" value="0"/>
疑惑中/不清楚	<input type="text" value="0"/>
其他性取向	<input type="text" value="0"/>
不清楚/不愿透露	<input type="text" value="0"/>

13) 请在下方注明代表每个性别的人数。

男性	<input type="text" value="1"/>
女性	<input type="text" value="0"/>
跨性别男性	<input type="text" value="0"/>
跨性别女性	<input type="text" value="0"/>
性别酷儿	<input type="text" value="0"/>
其他性别	<input type="text" value="0"/>
不清楚/不愿透露	<input type="text"/>

* -required

会面信息

14) 支持是如何提供的？（选择一项）

- * 短信/电邮
- 亲自参加
- 电话
- 虚拟（即 Zoom、Teams、Google Meet 等）
- CalHOPE Connect 聊天应用程序
- 其他

15) 需要解决的主要问题？

- * 找寻服务和支持
- 孤单
- 焦虑
- 管理日常生活压力源
- 管理危机
- 药物滥用康复
- 抑郁
- 情绪调节
- 其他

16) 需要解决的次要问题

- * 找寻服务和支持
- 孤单
- 焦虑
- 管理日常生活压力源
- 管理危机
- 药物滥用康复
- 抑郁
- 情感需求
- 其他
- 没有其他问题

17) 你是否提供了以下对策？

- * 减少消极想法
- 管理身体和情绪反应
- 做积极的事和解决问题
- 药物滥用康复行动计划
- 没有提供对策
- 其他

18) 您是否提供了相关信息？（选择所有符合条件的选项）

- * 建立社交网络

- 参与社区行动
- 没有提供
- 其他

19) 是否有任何残疾人，或行动/功能上有特殊需求的人参与？如果有，您能接待吗？

- * 有的，能够接待
- 有的，但无法接待
- 没有，不需要接待

20) 您是否有向参与者转介以下信息？（选择所有符合的选项）










- * 您的机构提供的其他咨询计划服务（例如，团体咨询、转介给团队领导、安排后续访问）
- 县行为健康服务部门提供的心理健康服务
- 其他心理健康服务（例如，专业、长期咨询、Medi-Cal 管理式护理 MH 服务、治疗、行为或精神病学服务）
- 州/县/社区服务（例如 Medi-Cal 注册、住房援助、就业、食品银行、社会服务）
- 为残障人士或其他特殊行动/功能需求者提供的资源（例如区域中心服务、独立生活中心）
- 药物滥用中心（例如县行为健康中心、专业、医疗、自助团体，例如匿名戒酒会或匿名戒毒会）
- 信仰机构
- 没有提供转介
- 其他




Prev 1 2 3 4 Next

* -required

成功例子

如果这个会面有特殊纪念意义的地方，请利用下面的空间告诉我们（此非必填部分）。

 **B** U  Helvetica Neue ▾ **A** ▾    ▾  ▾   

Test form

Prev

1

2

3

4

Next

 提交

* -required