

宾州自闭症患者需求评估

感谢您参加本次调查。自闭症用以指代自闭症谱系障碍 (ASD)。除非另有说明，否则每个问题仅选择一个答案。如果您遇到问题，请发送电子邮件至 info@paautism.org 或致电 1-877-231-4244 联系 ASERT Collaborative。

第 1 部分

以下哪个类别最符合您的性别？

男 女 其他 _____

请问您的种族/族裔背景为？ 选择所有适用项。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 黑人或非裔美国人 韩国人
 亚裔印第安人 中国人 夏威夷原住民
 高加索人/欧裔美国人 菲律宾人 越南人
 南美西语裔或拉美裔 其他 _____
 日本人 不愿回答

请问您的 5 位数邮政编码是多少？

请问您出生于哪年哪月？

出生月份 (MM) _____ 出生年份 (YYYY) _____

以下哪项最准确地描述了您目前的婚姻状况？

已婚 未婚 不愿回答
 丧偶 分居/离异

您是否有孩子？

是 否，我不想要孩子
 否，但打算要孩子 不愿回答
 否，还没决定是否要孩子

以下哪项最接近您的年工作收入？

0-10,000 美元 40,001-50,000 美元 80,001-90,000 美元
 10,001-20,000 美元 50,001-60,000 美元 90,001-100,000 美元
 20,001-30,000 美元 60,001-70,000 美元 100,000 美元以上
 30,001-40,000 美元 70,001-80,000 美元

您家里是否养宠物（包括服务动物）？

是 否

您的亲戚中是否有人患自闭症？

是 否 不确定

如果是的话，哪些亲戚被诊断患有自闭症？ 选择所有适用项。

父母 叔伯姑舅 儿子/女儿
 兄弟姐妹 堂/表兄弟(姐妹) 其他 _____
 爷爷奶奶(外公外婆) 侄子(女)/外甥(女)

第 2 部分

与 12 个月前相比，您认为您的整体健康水平：

更好了 更差了 保持不变

请就您的选择给出解释：

现在距您上一次看牙医有多长时间了？（包括所有类型的牙科专家/医生，例如：牙齿矫正医生、口腔外科医生和牙科保健员。）

6 个月 6 个月至 1 年 1 年以上

现在距您上一次看医生进行常规体检有多长时间了？（常规体检是一般性身体检查，而非针对特定损伤、疾病或症状的检查。）

6 个月 6 个月至 1 年 1 年以上

医生目前是否为您开具了药物（除维生素以外）？

是 否 不确定

如果是的话，请列举您目前的处方药物。

第 3 部分

您是否经诊断患有以下任何病症？选择所有适用项。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 焦虑症 | <input type="checkbox"/> 智力障碍（过去称作智力迟钝） |
| <input type="checkbox"/> 注意力缺陷/多动症 (ADHD) | <input type="checkbox"/> 强迫症 (OCD) |
| <input type="checkbox"/> 躁郁症 | <input type="checkbox"/> 对立违抗性障碍 (ODD) |
| <input type="checkbox"/> 中枢听觉处理障碍 (CAPD) | <input type="checkbox"/> 精神分裂症或其他精神障碍 |
| <input type="checkbox"/> 品行障碍 (CD) | <input type="checkbox"/> 癫痫症 |
| <input type="checkbox"/> 抑郁症 | <input type="checkbox"/> 感觉统合失调 |
| <input type="checkbox"/> 发育迟缓 | <input type="checkbox"/> 创伤后压力心理障碍症 (PTSD) |
| <input type="checkbox"/> 听觉障碍 | <input type="checkbox"/> 物质使用障碍 |
| <input type="checkbox"/> 囤积症 | <input type="checkbox"/> 无 |
| <input type="checkbox"/> 学习障碍 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

接受自闭症诊断时，您多大？

岁 _____ 不确定

第 4 部分

您现在可以享受到以下哪些类型的医疗保险？选择所有适用项。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 您或家人工作单位缴纳的私人医疗保险 | <input type="checkbox"/> 老兵福利或三军医疗照护福利 (TRICARE) |
| <input type="checkbox"/> 您或家人购买的私人医疗保险（非工作单位缴纳） | <input type="checkbox"/> 牙科保险 |
| <input type="checkbox"/> 医疗补助计划 (Medicaid) 【医疗救助计划 (Medical Assistance)】、儿童健康保险 (CHIP) 或联邦医疗保险 (Medicare) | <input type="checkbox"/> 视力保险 |
| | <input type="checkbox"/> 涵盖处方药物的保险 |
| | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

您目前是否在等候名单或关注名单上？

- 在针对智力障碍人士的计划的等候名单上【P/FDS 计划或综合豁免计划 (Consolidated Waiver)】
- 在自闭症服务部门负责的计划的关注名单上【BAS——成年自闭症患者豁免计划 (Adult Autism Waiver) 或成年自闭症患者社区计划 (ACAP)】
- 两者均是
- 两者均不是
- 不确定

您目前是否参加了医疗救助豁免计划/计划 (Medical Assistance Waivers /Programs)?
 请确保两列问题全部填写完整。

	我参加了这项豁免计划		我想要了解更多关于这项豁免计划的信息	
	是	否	是	否
成年自闭症患者豁免计划 (Adult Autism Waiver)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
成年自闭症患者社区计划 (ACAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
综合豁免计划 (Consolidated Waiver)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P/FDS 豁免计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBRA 豁免计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 5 部分

您是否曾经出于非治疗目的使用药物 (不包括维生素)?

是 否 不愿回答

您是否曾用药过量 (处方药品或违禁药品)?

是 否 不愿回答

第 6 部分

过去一年内, 您是否曾由于行为或精神问题而去过急诊室?

是, _____ 次 否 不愿回答

过去一年内, 您是否曾由于行为或精神问题而住进医院或类似机构?

是, _____ 次 否 不愿回答

如果您对是否曾住进医院或类似机构的答案是肯定的, 那么请根据您最近一次的住院情况回答下列问题。否则, 请跳至第 7 部分:

您是由于什么原因住进医院或类似机构的? 选择所有适用项。

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 攻击 | <input type="checkbox"/> 自残行为 |
| <input type="checkbox"/> 焦虑 | <input type="checkbox"/> 强迫症日益严重 |
| <input type="checkbox"/> 违抗/对立行为 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 抑郁症 | <input type="checkbox"/> 不确定 |
| <input type="checkbox"/> 离家/校出走 | <input type="checkbox"/> 不愿回答 |

您对住院期间以下各个方面的满意程度如何?

	非常满意	满意	不满意	非常不满意
治疗质量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
出院计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您是如何入院的?

我自己入院的 (201, 自愿接受治疗) 我是不情愿地入院的 (302, 非自愿接受治疗) 不愿回答

您在医院或类似机构住了多久?

不到 24 小时 24-48 小时 2 天以上, 请告诉我们准确时间_____

上述住院是您第一次由于行为或精神问题而住进医院或类似机构吗?

是 否 不确定

请尽可能详细描述您最近一次由于行为或精神问题而住院的情况。

第 7 部分

您是否曾导致以下任何公安/司法体系处理？选择所有适用项。

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 报警 | <input type="checkbox"/> 在监狱服刑 |
| <input type="checkbox"/> 由于除交通违规以外的其他行为而被警察拦截和盘问 | <input type="checkbox"/> 由于轻罪或重罪而受到指控 |
| <input type="checkbox"/> 收到警方的警告（除交通违规以外） | <input type="checkbox"/> 判处缓刑或假释 |
| <input type="checkbox"/> 收到传票 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 被警方逮捕 | <input type="checkbox"/> 无 |
| | <input type="checkbox"/> 不愿回答 |

您是否曾经是犯罪受害者？

- 是 否 不愿回答

如果您感到自在的话，请分享更多您在公安或其他司法体系方面的个人体验或作为犯罪受害者的体验的信息。

第 8 部分

您目前工作吗？仅包含有酬工作。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 是，全职（每周工作 35 个小时或以上） | <input type="checkbox"/> 否，但是目前正在找工作 |
| <input type="checkbox"/> 是，兼职（每周工作不到 35 个小时） | <input type="checkbox"/> 否，我退休了 |
| | <input type="checkbox"/> 否，我没有退休，也没有在找工作 |

如果是的话，您从事的是什么类型的工作？

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 办公室/行政支持 | <input type="checkbox"/> 备餐/服务员 | <input type="checkbox"/> 生产/制造 |
| <input type="checkbox"/> 销售岗位（包括零售） | <input type="checkbox"/> 运输/物料搬运 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

如果否的话，您是否曾经有过工作？

- 是 否 不确定 不愿回答

您从多少岁开始工作的？

您使用以下哪些渠道找过工作？选择所有适用项。

- | | | |
|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 学校辅导员 | <input type="checkbox"/> 父母/亲戚的关系网 | <input type="checkbox"/> 豁免计划或其他计划提供的就业支持 |
| <input type="checkbox"/> 互联网搜索 | <input type="checkbox"/> 口口相传 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 招聘会 | <input type="checkbox"/> 职业康复办公室（OVR）咨询师 | <input type="checkbox"/> 不适用（没有找工作） |
| <input type="checkbox"/> 报纸 | | |

请完成以下关于求职流程的陈述。				
	非常困难	困难	容易	非常容易
发现就业机会……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
填写求职申请表……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
填写简历……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
让雇主愿意面试我……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
面试……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
找到参加面试的往返交通方式……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
跟进面试结果……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

请说明您对以下关于您就业情况的陈述的赞同程度。					
	强烈赞同	赞同	反对	强烈反对	不适用
我可以自在地在团队环境中工作。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我可以自在地向同事咨询问题或寻求帮助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我可以自在地向权威人物咨询问题或寻求帮助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我可以自在地向权威人物请假。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我可以自在地申请特别照顾。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您对下列各项关于您目前或近期工作的陈述的赞同程度如何？					
	强烈赞同	赞同	反对	强烈反对	不适用
我的才能没有得到充分施展。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我的薪资很合理。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我由于自闭症而享受到了特别照顾/补助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您工作场所内的人员是否知道您患有自闭症？

- 是，每个人都知道
 是，但只有我的伙伴/同事知道
 否
 是，但只有我的上司知道
 不适用（我目前没有工作）

如果否，请说明原因？选择所有适用项。

- 我不知道应该怎么告诉他们
 我怕别人会对我指指点点
 我不希望别人对我另眼相待
 其他 _____
 我觉得没必要
 不愿回答

第 9 部分

您目前的生活状况如何？

- 无需帮助，独立生活（租房或自己的房子）
 在帮助下独立生活（租房或自己的房子）
 和室友/配偶一起住（租房或自己的房子）
 和父母或其他亲属一起生活
- 住在住宅型机构（包括公立医院或公立护理中心）
 住在教养院
 无家可归
 其他_____

您维持目前的生活状况多久了？

- 一直 不到 1 年 1-2 年 3-5 年 超过 5 年

您对您目前的生活安排的满意程度如何？

- 非常满意 满意 不满意 非常不满意

丢弃物品（即使是您不会使用的物品）对您有多困难？

- 非常困难 比较困难 完全不难

您的周围环境发生混乱后，妨碍您日常活动的频率如何？（例如，无法找到材料或其他物品，或者身边发生的其他问题。）

- 总是 经常 偶尔 从来没有

第 10 部分

您目前是否还在上学？

- 是，高中 是，研究生 否，但想要上学
 是，两年制大专 是，职校/技校 否
 是，四年制本科 其他_____

如果否的话，您已取得的最高教育水平是什么？

- 上过学，但没有高中毕业 大学肄业 硕士以上的专业或博士学位（例如：医学博士、牙科博士、兽医学博士、哲学博士）
 高中毕业/美国普通同等学历证书 (GED) 大专学历 学士学位 硕士学位
 职校/技校

如果您目前还在上学，请回答以下问题。否则，请跳至第 11 部分：

请问您的入学状况是？

- 全日制 兼读制 不确定

您参加的是面授课程还是在线课程？

- 面授课程 在线课程 面授课程和在线课程两者都有

请说明以下活动在帮助您建立友谊方面成效如何。

	非常坚固的友谊	淡薄的友谊	没有帮我建立友谊	没参加过
学长辅导	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
学生社团或俱乐部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
课堂上结识朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
宿舍或住所结识朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社交媒体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
校内或俱乐部体育运动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他社交活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您是否知道您所在学校内为残障学生提供的补助和/或资源？

- 是，但我没用过 是，而且我用过 否 不确定

您是否被您所在学校认定为需要特别照顾的对象（例如：补习、特殊住所、咨询服务）？

是 否 不确定

请告诉我们您的教育需求。请确保两列问题全部填写完整。

	您是否正在接受这项服务？		您是否还需要继续接受这项服务？	
	是	否	是	否
特殊住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
应试辅导	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
学业咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
笔记辅导	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
补习	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
学长辅导/社会支持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您毕业后有什么打算？选择所有适用项。

继续深造（获得学位） 当志愿者
找工作 不知道
休息一段时间（旅游或其他休闲活动） 其他_____

第 11 部分

请勾选下列为您提供服务中您知道、参与或需要获取更多相关信息的服务。选择所有适用项。

	知道	参与	需要更多相关信息	不适用
职业康复办公室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会保险福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他政府补助（食物券、住房补贴等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 12 部分

过去一年内，您学习或工作之余平均每周花费多少天与朋友相聚？

0 1 2 3 4 5 6 7 不愿回答

过去 12 个月内，您是否在学习之余参加了任何团体活动？例如：青年组织或社区运动队。

是 否 不确定

如果是的话，您参加的团体中有多少是只包含残障人士？

0 1 2 3 4 个及以上

请说明以下挑战是否妨碍或影响您参加社区活动，例如：体育运动、俱乐部、业余爱好或其他有组织的活动。

	是	否	不确定
情绪挑战（焦虑、抑郁、恐惧等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行为挑战（攻击、自残行为等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体挑战（接触、移动等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--

请描述您对以下关系的满意程度。

	我没有， 但想要……	我有，但想 要更多/更 好……	我满意 我的……	不适用	不愿 回答
可以吐露心声的朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
可以玩耍的朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
与父母的关系	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
与兄弟姐妹的关系	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
与孩子的关系	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
与另一半（例如：配偶、伴 侣）的关系	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
相识的熟人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他关系_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

告诉我们以下各项陈述符合您感受的频率如何。

	经常	偶尔	几乎从不	从来没有	不愿 回答
我没人可以倾诉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我不会与周围人分享 我的兴趣和想法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我很难交到朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您是否参与下列活动？请确保两列问题全部填写完整。

	我参与这项活动		如果是的话，请您每周参与多少 小时。
	否	是	小时
志愿者工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
团体、俱乐部或组织	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
精神信念或宗教活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
锻炼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
有组织的运动或休闲运动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
业余爱好或特殊兴趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
家务琐事/家务活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
与朋友进行社交活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
其他活动_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

请告诉我们，您过去 30 天内对下列活动的参与是否符合您的预期，以及这些活动是否对您很重要。
请确保两列问题全部填写完整。

	您对该活动的参与……？			这项活动是否对您很重要？	
	足够	不够	太多	这项活动对我很重要	这项活动对我很重要
去图书馆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
去健身房、保健或健身俱乐部，包括游泳或参加体育比赛（包括保龄球、网球、小型高尔夫等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
参加自我援助组织或后援团体/组织的活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
参加社区社交团体的活动（例如：读书俱乐部、兴趣小组、其他类似的兴趣团体）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
参加或出席民间或政治活动或组织	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 13 部分

请告诉我们您的特殊健康和教育服务需求。请选择您是否正在接受下列服务以及您是否还需要继续接受该服务。
请确保两列问题全部填写完整。

	您是否正在接受这项服务？		您是否还需要继续接受这项服务？	
	是	否	是	否
心理健康咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
言语/语言治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
职业治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物理治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社交技能培训	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行为支持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一对一支持（例如：支持协调员、社区内部员工、社区支持专家、个人护理人员）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
支持协调	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病例管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
神经服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
用药管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性健康教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
关系咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
药物和酒精咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
职业培训	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

过渡计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
辅助就业	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
职业咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
初级保健护理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牙齿护理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福利咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

请告诉我们您是否同意下列关于以下服务的陈述：“提供该服务的专业人员具备对我有效的必要技能。”

	强烈赞同	赞同	反对	强烈反对	不适用
心理健康咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
言语/语言治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
职业治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物理治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社交技能培训	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行为支持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一对一支持（例如：支持协调员、社区内部员工、社区支持专家、个人护理工作）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
支持协调	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病例管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
神经服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
用药管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性健康教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
关系咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
药物和酒精咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
职业培训	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
过渡计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
辅助就业	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
职业咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

初级保健护理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牙齿护理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福利咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您在获取特殊健康和教育服务时是否遇到过障碍？

是 否

如果是的话，以下哪些选项增加了您获取这些服务的难度？选择所有适用项。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 交通 | <input type="checkbox"/> 提供商人员不足 |
| <input type="checkbox"/> 时间安排问题 | <input type="checkbox"/> 本地提供商不接待自闭症患者 |
| <input type="checkbox"/> 本地没有服务提供商 | <input type="checkbox"/> 本地提供商不接待患有心理健康问题的人员 |
| <input type="checkbox"/> 本地服务提供商数量不足 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 服务费用/适用的服务未纳入我的保险 | |

您是否在适当的场所拥有正规的沟通系统？（例如：图片交换沟通系统（PECS）、平板电脑、语音生成设备或其他扩大性沟通系统。）

是 否 其他_____

如果是的话，请选择您使用该沟通系统的场所。选择所有适用项。

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家中 | <input type="checkbox"/> 学校 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 办公场所 | <input type="checkbox"/> 社区里 | |

第 14 部分

在回答与您性别有关的问题时，您是否感觉自在？

是 否

如果是的话，请回答下列问题。否则，请跳至第 15 部分：

您出生时是什么性别？

男 女 双性人 不愿回答

您是否认为自己是跨性别者和/或性别表现不一致者？

是 否 不愿回答

第 15 部分

在出行方面，您通常如何前往要去的地方？选择所有适用项。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 自己驾驶私家车 | <input type="checkbox"/> 搭乘志愿者驾驶的私家车 |
| <input type="checkbox"/> 搭乘父母或家人驾驶的私家车 | <input type="checkbox"/> 公共交通工具 |
| <input type="checkbox"/> 搭乘朋友驾驶的私家车 | <input type="checkbox"/> 日托计划负责出行接送 |
| <input type="checkbox"/> 县政府、市政府或非盈利机构运营的巴士/面包车 | <input type="checkbox"/> 教养院负责出行接送 |
| <input type="checkbox"/> 出租车或其他出租车辆 | <input type="checkbox"/> 学校/教育机构负责出行接送 |
| <input type="checkbox"/> 步行 | <input type="checkbox"/> 拼车（Uber, Lyft） |
| <input type="checkbox"/> 骑自行车 | <input type="checkbox"/> 共享汽车（例如：ZipCar、Enterprise Car Share） |
| | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

您出于什么目的使用交通工具？选择所有适用项。

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 工作/职业 | <input type="checkbox"/> 探亲访友 |
| <input type="checkbox"/> 教育、职业或工作培训 | <input type="checkbox"/> 购物/外出办事 |
| <input type="checkbox"/> 社交或娱乐活动 | <input type="checkbox"/> 健身房或健身俱乐部 |

- 就诊和保健预约 前往公共汽车站或火车站
 宗教活动 其他_____

步行时，您在以下哪些情况下会遇到麻烦？选择所有适用项。

- 过马路 人行道上行人太多
 判断车辆的距离和/或速度 车辆太多/交通拥堵
 行走在没有人行道的区域（草地或街道） 难以辨别方向/路线
 其他_____
- 步行时避免外界干扰 步行没有困难

以下哪项使得乘坐公共交通工具对您而言很困难？选择所有适用项。

- 我附近没有 难以规划公共交通出行路线
 难以在无需帮助的情况下到达公共汽车站/火车站 公共交通工具的服务不可靠
 难以上/下火车或公共汽车 担心公共交通工具上发生犯罪行为
 公共交通工具没办法在需要的时候提供服务 担心在公共汽车/火车上找不到座位
 公共交通工具到不了我要去的地方 担心公共交通工具的驾驶员不友好/不热心
 需要转乘太多次 担心公共交通工具上的其他乘客对待我的态度
 公共交通工具费用太高 其他_____
- 父母/监护人不希望我乘坐公共交通工具 乘坐交通工具没有困难

第 16 部分

以下问题是关于您的一些人际关系。您在与以下人员相处方面遇到麻烦的频率如何……

	总是	偶尔	从来没有	不适用
父母或其他照顾者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的兄弟姐妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的远亲（祖父母/外祖父母、阿姨/姑姑、叔叔/舅舅等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您家里的其他访客	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 17 部分

您是否加入了支持团队或后援团队？

- 是 否，以前加入过 否，但想要加入 否

如果是的话，是以网络还是面对面的形式？

- 网络 面对面 两者均有

如果是的话，您为什么会加入该团体？选择所有适用项。

- 结识朋友/社交 提高意识 希望/做出改变
 获取信息 有人向我推荐
 类似的兴趣/体验 其他_____

如果否，请说明原因？选择所有适用项。

- 交通 没有充沛的时间 感觉被排斥/融入不进去
 附近没有/太远 年龄/兴趣不合适 收取费用/会员费
 不感兴趣 其他_____

感谢您完成本次宾州自闭症患者需求评估！