

(計劃名稱 / 活動名稱)

活動前評估問卷

參加者姓名 / 編號: \_\_\_\_\_

請細心閱讀各題，選出你認為最適合的答案。所有答案將完全保密。

| 1. 在過去6個月內，你有多少次：               | 過去6個月內                   |          |                      |
|---------------------------------|--------------------------|----------|----------------------|
|                                 | 從來沒有                     | 間中有      | 經常有                  |
| A. 吸食大麻                         | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| B. 吸食白粉 (海洛英)                   | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| C. 服食 Fing 頭丸 (亞甲二氧基甲基安非他明)     | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| D. 吸食 K 仔 (氯胺酮)                 | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| E. 吸食冰 (甲基安非他明)                 | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| F. 服食忽得                         | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| G. 服食五仔                         | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| H. 服食藍精靈                        | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| I. 服食白瓜子                        | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| J. 吸食可卡因                        | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| K. 服食咳藥水                        | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| L. 吸食有機溶劑 (天拿水)                 | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| M. 服食其他毒品 [不包括吸煙或飲酒] 請註明: _____ | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |

摘錄自《飛躍成長路訓練計劃》評估問卷。香港理工大學石丹理教授已授權禁毒基金獲撥款人/機構使用問卷。

性別: 1  男 2  女

年齡: \_\_\_\_\_ 歲

閣下是否曾參加以下活動: (可選多項)

1  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

2  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

3  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

4  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

5  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

6  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

~ 多謝你的合作 ~

(Project Name / Activity Name)  
Pre-activity evaluation questionnaire

Name of participant / Participant No. : \_\_\_\_\_

**The following questions concern information about your personal involvement with drugs (not including alcoholic drinks and cigarette) during the past 6 months.**

**Carefully read each item and decide the most accurate answer to each item. All your answers will be kept confidential.**

| 1. In the past 6 months, how many times have you used the following substances: | In the past 6 months     |                   |                                |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------------|
|   | Never used               | Used occasionally | Used regularly                 |
| A. Cannabis or Marijuana  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| B. Heroin or White Powder   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| C. Ecstasy, E or XTC  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| D. Ketamine or K  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| E. "Ice"  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| F. MX or Methaqualone   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| G. Ng Chai or Give Me Five  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| H. Blue Gremlin   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| I. Zopiclone or Triazolam   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| J. Cocaine, crack or Coke   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| K. Cough Syrup  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| L. Organic Solvents (Thinner, Glue)   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| M. Other Drugs(not include drinking alcoholic beverage or smoking cigarette)    | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |

\* Delete as appropriate

Adopted from Evaluation Questionnaire of Project Astro Mind. Permission to use was granted by Prof. Daniel Shek of Hong Kong Polytechnic University.

Gender:        1  Male        2  Female

Age: \_\_\_\_\_ years old

Have you joined any of the following activities : ( Select all that apply )

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 | 2 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 |
| 3 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 | 4 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 |
| 5 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 | 6 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 |

~ Thank you ~

(計劃名稱 / 活動名稱)

活動後評估問卷

參加者姓名 / 編號: \_\_\_\_\_

請細心閱讀各題，選出你認為最適合的答案。所有答案將完全保密。

| 1. 在過去6個月內，你有多少次：               | 過去6個月內                   |          |                      |
|---------------------------------|--------------------------|----------|----------------------|
|                                 | 從來沒有                     | 間中有      | 經常有                  |
| A. 吸食大麻                         | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| B. 吸食白粉 (海洛英)                   | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| C. 服食 Fing 頭丸 (亞甲二氧基甲基安非他明)     | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| D. 吸食 K 仔 (氯胺酮)                 | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| E. 吸食冰 (甲基安非他明)                 | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| F. 服食忽得                         | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| G. 服食五仔                         | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| H. 服食藍精靈                        | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| I. 服食白瓜子                        | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| J. 吸食可卡因                        | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| K. 服食咳藥水                        | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| L. 吸食有機溶劑 (天拿水)                 | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |
| M. 服食其他毒品 [不包括吸煙或飲酒] 請註明: _____ | <input type="checkbox"/> | 試過_____次 | 每日_____次 / 每星期_____次 |

摘錄自《飛躍成長路訓練計劃》評估問卷。香港理工大學石丹理教授已授權禁毒基金獲撥款人/機構使用問卷。

閣下是否曾參加以下活動：(可選多項)

1  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

2  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

3  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

4  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

5  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

6  請列出計劃內其他可選擇參與的活動

~ 多謝你的合作 ~

(Project Name / Activity Name)  
Post-activity evaluation questionnaire

Name of participant / Participant No. : \_\_\_\_\_

**The following questions concern information about your personal involvement with drugs (not including alcoholic drinks and cigarette) during the past 6 months.**

**Carefully read each item and decide the most accurate answer to each item. All your answers will be kept confidential.**

| 1. In the past 6 months, how many times have you used the following substances: | In the past 6 months     |                   |                                |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------------|
|   | Never used               | Used occasionally | Used regularly                 |
| A. Cannabis or Marijuana  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| B. Heroin or White Powder   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| C. Ecstasy, E or XTC  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| D. Ketamine or K  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| E. "Ice"  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| F. MX or Methaqualone   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| G. Ng Chai or Give Me Five  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| H. Blue Gremlin   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| I. Zopiclone or Triazolam   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| J. Cocaine, crack or Coke   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| K. Cough Syrup  | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| L. Organic Solvents (Thinner, Glue)   | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |
| M. Other Drugs(not include drinking alcoholic beverage or smoking cigarette)    | <input type="checkbox"/> | Tried ___ times   | Used ___ times daily / weekly* |

\* Delete as appropriate

Adopted from Evaluation Questionnaire of Project Astro Mind. Permission to use was granted by Prof. Daniel Shek of Hong Kong Polytechnic University.

Have you joined any of the following activities : ( Select all that apply )

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 | 2 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 |
| 3 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 | 4 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 |
| 5 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 | 6 <input type="checkbox"/> 請列出計劃內其他可選擇參與的活動 |

~ Thank you ~