

تاریخ تکمیل پرسشنامه: شماره تماس:

نام و نام خانوادگی کودک:	کد ملی:	تاریخ تولد:
--------------------------	---------	-------------

- ترجیحاً قبل از پاسخ به هر سوال، آن فعالیت را با کودک انجام دهید.
- تکمیل این پرسشنامه را به بازی جالبی برای خود و کودکان تبدیل کنید.

ارتباطات	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
۱. آیا کودکان گاهی صداهای غان و غون (صداهایی مثل غرغره کردن یا قل قل کردن از ته گلویش) در می آورد؟				
۲. آیا کودکان صداهایی مانند «اووو»، «آه»، «قه» و «گه» در می آورد؟				
۳. وقتی با کودکان حرف می زنید، آیا او در پاسخ صداهایی ایجاد می کند؟				
۴. آیا وقتی با کودکان حرف می زنید، لبخند می زند؟				
۵. آیا کودکان لبخند ملایمی می زند؟				
۶. بعد از اینکه مدتی در دیدرس کودکان نبوده اید، آیا او با دیدن شما لبخند می زند یا هیجان زده می شود؟				
نمره کل ارتباطات				

حرکات درشت	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
۱. وقتی کودکان به پشت خوابیده است، آیا بازوها و پاهایش را تکان می دهد و پیچ و تاب و وول می خورد؟				
۲. وقتی کودکان روی شکم خوابیده، آیا سرش را به یک طرف می چرخاند؟				
۳. وقتی کودکان روی شکم خوابیده، آیا سرش را بیش از چند ثانیه بالا نگه می دارد؟				
۴. وقتی کودکان به پشت خوابیده، آیا با پاهایش لگد پرانی می کند؟				
۵. وقتی کودکان به پشت خوابیده، آیا سرش را از یک طرف به طرف دیگر حرکت می دهد؟				
۶. وقتی کودکان روی شکم خوابیده، آیا بعد از این که سرش را بالا می گیرد، به جای این که سرش سقوط کند یا ناگهان پایین بیفتد، می تواند سر را دوباره به آرامی روی زمین بگذارد؟				
نمره حرکات درشت				

حرکات ظریف	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
۱. وقتی کودکان بیدار است، آیا معمولاً دستش به صورت مشت شده و بسته است؟ (حتی اگر کودکان قبلاً این کار را انجام می داده ولی دیگر این کار را نمی کند، پاسخ «بله» را علامت بزنید.)				
۲. آیا اگر کف دست کودکان را لمس کنید، او انگشتان را در دستش می گیرد؟				
۳. وقتی یک اسباب بازی را در دست کودکان قرار می دهید، آیا برای مدت کوتاهی آن را در دستش نگه می دارد؟				
۴. آیا کودکان صورت خود را با دستانش لمس می کند؟				
۵. آیا وقتی کودکان بیدار است دست هایش را باز یا نیمه باز نگه می دارد؟ (برخلاف دوره نوزادی که دست هایش به حالت مشت بود).				
۶. آیا کودکان به لباس های خود چنگ می زند یا آن را می خراشد؟				
نمره حرکات ظریف				

توجه: اگر به سوال ۵ این بخش پاسخ بله داده شده است، پاسخ سوال ۱ را «بله» در نظر بگیرید.

حَل مسئله	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
۱. آیا کودکان به اشیائی که در فاصله ۲۰ تا ۲۵ سانتی از او قرار دارند، نگاه می کنند؟				
۲. وقتی شما به اطراف حرکت می کنید، آیا کودکان با چشمانش شما را دنبال میکنند؟				
۳. وقتی یک اسباب بازی را به آرامی جلوی صورت کودکان (در فاصله حدود ۲۵ سانتی)، از این طرف به آن طرف حرکت می دهید آیا کودکان آن را با چشمانش، و گاهی با چرخاندن سرش دنبال می کند؟				
۴. وقتی اسباب بازی کوچکی را به آرامی جلوی صورت کودکان (در فاصله حدود ۲۵ سانتی) بالا و پایین می برید، آیا کودک اسباب بازی را با چشمانش دنبال می کند؟				
۵. وقتی کودک خود را در وضعیت نشسته نگه می دارید، آیا او به یک اسباب بازی (تقریباً به اندازه یک جفجغه یا یک فنجان) که شما روی میز یا زمین گذاشته اید، نگاه می کند؟				
۶. وقتی کودکان به پشت خوابیده و شما یک اسباب بازی را بالای سرش تاب می دهید، آیا او دستانش را به سمت اسباب بازی تکان می دهد؟				
			نمره حل مسئله	

شخصی - اجتماعی	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
۱. آیا کودکان گاهی حتی وقتی شیر نمی خورد، دهانش را طوری حرکت می دهد انگار که دارد چیزی را می مکد؟				
۲. آیا وقتی کودکان گرسنه است، جایش را خیس کرده، خسته است یا این که دلش می خواهد بغلش کنید، گریه می کند؟				
۳. آیا کودکان به شما لبخند می زند؟				
۴. وقتی به کودکان لبخند می زنید، آیا او هم در پاسخ لبخند می زند؟				
۵. آیا کودکان دستهایش را تماشا می کند؟				
۶. وقتی کودکان سینه مادر یا شیشه شیر را می بیند، آیا به نظر می رسد که می داند که به زودی قرار است به او شیر بدهند؟				
			نمره شخصی - اجتماعی	

کلیات

والدین یا سایر افراد تکمیل کننده پرسشنامه می توانند بعد از کشیدن دایره دور پاسخ بله یا خیر، از فضای جعبه های خالی زیر برای بیان نظراتشان یا توضیحات تکمیلی استفاده کنند.

۱. آیا تست سنجش شنوایی نوزادان برای کودک شما انجام شده است؟ اگر نه، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

.....

۲. آیا فرزند شما هر دو دست و هر دو پایش را به خوبی حرکت می دهد؟ اگر نه، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

.....

۳. آیا در خانواده والدین سابقه ناشنوایی یا کم شنوایی که از دوران کودکی شروع شده باشد، یا مشکلات بینایی وجود دارد؟ اگر بله، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

.....

۴. آیا فرزند شما تا کنون هر نوع بیماری (مشکل پزشکی) جدی و مهمی داشته است؟ اگر بله، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

.....

۵. آیا درباره رفتارهای فرزندتان (مثلاً خوردن یا خوابیدن او) نگرانی خاصی دارید؟ اگر بله، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

.....

۶. آیا چیز دیگری درباره ی فرزندتان شما را نگران و دلوایس کرده است؟ اگر بله، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

.....