



تاریخ تکمیل پرسشنامه: شماره تماس:

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

- بر مبنای رفتارهای معمول کودکان به سوالات پاسخ دهید، نه رفتاری که وقتی بیمار، خیلی خسته یا گرسنه است، انجام می دهد.
- پدر یا مادر یا سایر مراقبت کنندگانی که بهتر از همه کودک را می شناسند و بیش از ۲۰-۱۵ ساعت در هفته با او وقت می گذرانند باید پرسشنامه را تکمیل کنند.

امتیاز	اگر در مورد این رفتار کودکان تکرار کنید، علامت بزنید	به ندرت یا هرگز	گاهی	اغلب یا همیشه	سوالات
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱. آیا کودکان به شما و سایر اعضای خانواده لبخند می زند؟ 
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲. آیا وقتی غریبه ای نزدیک می شود، کودکان دنبال شما می گردد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۳. آیا کودکان دوست دارد که در کنار اعضای خانواده و دوستان بازی کند یا در کنار آنها باشد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۴. آیا کودکان دوست دارد که او را بردارند و بغلش کنند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۵. وقتی کودکان ناآرام و آشفته است، آیا ظرف نیم ساعت آرام می شود؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۶. آیا وقتی کودکان را بغل می کنید، او کمرش را سفت می کند و مانند کمان قوس می دهد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۷. آیا کودکان دوست دارد بازی هایی مانند «دالی کردن» بازی کند؟ 
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۸. آیا بدن کودکان آرام و آسوده است؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۹. آیا کودکان برای مدت های طولانی گریه می کند، جیغ می زند یا قشقرق راه می اندازد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۰. آیا کودکان می تواند خودش را آرام کند (مثلا با مکیدن دستش یا مکیدن پستانک)؟ 
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۱. آیا کودکان به چیزهای دورو برش مثل آدم ها، اسباب بازی ها و خوراکی ها علاقه نشان می دهد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۲. آیا شیر یا غذا دادن به کودکان بیشتر از ۳ دقیقه طول می کشد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۳. آیا شما و کودکان از زمان های غذا خوردن با هم لذت می برید؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۴. آیا کودکان هنگام خوردن، مشکلاتی مانند عقی زدن، استفراغ یا دارد؟ (لطفا توضیح دهید).
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۵. آیا کودکان برای به خواب رفتن در طول روز (چرت روزانه) یا در شب، مشکل دارد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۶. آیا کودکان صداهای غان و غون از خود در می آورد؟ مثلا، آیا صداهایی را کنار هم قرار می دهد، مانند «با-با-با» یا «نا-نا-نا»؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۷. آیا کودکان در طول ۲۴ ساعت، حداقل ۱۰ ساعت می خوابد؟ 
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۸. آیا کودکان دچار یبوست یا اسهال می شود؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۹. آیا کودکان به نحوی به شما می فهماند که گرسنه یا خسته است یا اذیت شده است؟
	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۰. شما با کودکان حرف می زنید، آیا او سرش را برمی گرداند، نگاه می کند یا لبخند می زند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۲۱. آیا کودکان سعی می کند به کودکان دیگر یا بزرگسالان یا حیوانات آسیب و آزار برساند (مثلا با لگد زدن یا گاز گرفتن)؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۲. آیا کودکان سعی می کند چیزهایی را به شما نشان دهد؟ مثلا، آیا یک اسباب بازی را به سمت شما می گیرد و به شما نگاه می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۳. وقتی نام کودکان را صدا می کنید، واکنش نشان می دهد؟ به عنوان مثال آیا سرش را برمی گرداند و به شما نگاه می کند؟

امتیاز	اگر در مورد این رفتار کودکان نگرانید، علامت بزنید	به ندرت یا هرگز	گاهی	اغلب یا همیشه	سوالات
	v <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	v <input type="checkbox"/>	z <input type="checkbox"/>	۲۴. آیا وقتی شما به چیزی اشاره می‌کنید، کودکان به همان جهتی که شما نشان می‌دهید، نگاه می‌کند؟
	v <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	v <input type="checkbox"/>	z <input type="checkbox"/>	۲۵. آیا کودکان برای این که به شما بفهماند که چیزی را می‌خواهد، صداها یا اداهایی در می‌آورد؟ (مثلاً دستش را به سوی آن دراز می‌کند)؟
	v <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	v <input type="checkbox"/>	z <input type="checkbox"/>	۲۶. وقتی شما صداهایی را که کودکان در می‌آورد تقلید می‌کنید، آیا او در پاسخ به شما همان صداها را تکرار می‌کند؟
	v <input type="checkbox"/>	z <input type="checkbox"/>	v <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	۲۷. آیا تا کنون کسی نگرانی خود را در مورد رفتارهای کودکان با شما درمیان گذاشته است؟ اگر پاسخ شما «گاهی» یا «اغلب یا همیشه» است، لطفاً توضیح دهید:
جمع امتیاز					

کلیات

از فضای خالی زیر هر سوال برای نوشتن پاسخ و نظرات خود استفاده کنید.

بله خیر

۲۸. آیا درباره خوردن یا خوابیدن فرزندتان نگرانی دارید؟

بله خیر

۲۹. آیا چیزی درباره کودکان شما را نگران می‌کند؟ اگر پاسخ «بله» را انتخاب کردید، لطفاً توضیح دهید.

بله خیر

۳۰. از چه چیز فرزندتان لذت می‌برد؟