



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 نگرانید، 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 وقتی با کودکان حرف می زنید، به شما نگاه می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۲. آیا به نظر می رسد که کودکان بیش از حد با غریبه ها صمیمی و خودمانی می شود و غریبی نمی کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۳. آیا وقتی با کودکان بازی می کنید، لبخند می زند یا می خندد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۴. آیا بدن کودکان آرام و آسوده است؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۵. وقتی او را ترک می کنید، آیا کودکان برای بیش از یک ساعت ناراحت است و گریه می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۶. آیا کودکان با بزرگسالان آشنا سلام و احوالپرسی می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۷. آیا کودکان دوست دارد که او را در آغوش بگیرند و نوازش کنند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۸. وقتی کودکان ناآرام و آشفته است، آیا ظرف ۱۵ دقیقه آرام می شود؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۹. 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	۱۰. 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	۱۱. 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	۱۲. 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	۱۳. آیا کودکان برای غذا خوردن مشکلاتی دارد؟ مثلاً آیا دهانش را بیش از حد پر از غذا می کند، استفراغ می کند، چیزهایی که خوراکی نیستند را می خورد، یا ...؟ (لطفاً توضیح دهید).
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۴. آیا کودکان در طول ۲۴ ساعت، حداقل ۱۰ ساعت می خوابد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۵. آیا وقتی شما به چیزی اشاره می کنید، کودکان به همان جهتی که شما نشان می دهید، نگاه می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۶. آیا کودکان برای به خواب رفتن در طول روز (چرت روزانه) یا در شب، مشکل دارد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۷. آیا کودکان دچار یبوست یا اسهال می شود؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۸. آیا کودکان از دستورات ساده پیروی می کند؟ برای مثال وقتی از او بخواهید، می نشیند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۹. آیا کودکان با کلماتش یا اداهایش احساسش را به شما می فهماند؟ مثلاً آیا کودکان 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. وقتی کودکان می خواهد مکان های جدیدی، مثلاً یک پارک یا منزل یک دوست را کشف کند، آیا ابتدا از این که شما نزدیکش هستید اطمینان حاصل می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۲۱. آیا کودکان کارهایی را بارها و بارها تکرار می کند و وقتی سعی می کنید متوقفش کنید، ناراحت می شود؟ به عنوان مثال، بدنش را به جلو و عقب تاب می دهد، دست هایش را به حالت بال بال زدن بالا و پایین می برد، دور خودش می چرخد، یا ...؟ (لطفاً توضیح دهید).
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۲. آیا کودکان از شنیدن داستان یا خواندن آواز خوشش می آید؟ 
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۲۳. آیا کودکان عمداً به خودش آسیب می زند؟

امتیاز	اگر در مورد این رفتار کودکان نگرانید، علامت بزیند	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	۲۴. آیا کودکان دوست دارد دور و بر بچه‌های دیگر باشد؟ برای مثال آیا به بچه‌های دیگر نزدیک می‌شود یا به آن‌ها نگاه می‌کند؟ 
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۲۵. آیا کودکان سعی می‌کند به کودکان دیگر یا بزرگسالان یا حیوانات آسیب و آزار برساند (مثلاً با لگد زدن یا گاز گرفتن)؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۶. آیا کودکان سعی می‌کند با اشاره کردن به چیزها و سپس برگشتن و نگاه کردن به شما، آنها را به شما نشان دهد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۷. آیا کودکان به صورت وانمود کردن، با اشیاء بازی می‌کند؟ مثلاً، آیا وانمود می‌کند که با تلفن صحبت می‌کند، به عروسکی غذا می‌دهد، یا یک هواپیمای اسباب بازی را پرواز می‌دهد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۲۸. آیا کودکان در طول شب، سه بار یا بیشتر از خواب بیدار می‌شود؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۹. آیا وقتی نام کودکان را صدا می‌کنید، واکنش نشان می‌دهد؟ به عنوان مثال آیا سرش را برمی‌گرداند و به شما نگاه می‌کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۳۰. آیا کودکان بیش از حد نگران یا وحشت زده است؟ اگر پاسخ شما «گاهی» یا «اغلب یا همیشه» است، لطفاً توضیح دهید:
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۳۱. آیا تاکنون 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.

۳۲. آیا درباره خوردن یا خوابیدن فرزندان نگرانی دارید؟ اگر پاسخ «بله» را انتخاب کردید، لطفاً توضیح دهید.

بله  خیر

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

بله  خیر

۳۴. از چه چیز فرزندان لذت می‌برید؟

بله  خیر