



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. وقتی کودکان ناآرام و آشفته است، آیا ظرف نیم ساعت آرام می شود؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲. 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	۳. آیا کودکان دوست دارد که او را بردارند و بغلش کنند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۴. 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	۵. وقتی با کودکان حرف می زنید، آیا به شما نگاه می کند و به نظر می آید که دارد گوش می دهد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۶. آیا کودکان به نحوی به شما می فهماند که گرسنه یا بیمار است؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۷. وقتی کودکان بیدار است، آیا به نظر می رسد که از تماشا کردن یا گوش دادن به افراد دیگر، لذت می برد. مثلا آیا سرش را برمی گرداند که به کسی که در حال صحبت است، نگاه کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۸. آیا کودکان می تواند خودش را آرام کند (مثلا با مکیدن دستش یا مکیدن پستانک؟) 
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۹. کودکان برای مدتهای طولانی گریه می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۰. بدن کودکان آرام و آسوده است؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۱. کودکان برای مکیدن سینه یا شیشه شیر، مشکل دارد؟
	<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 شیر دادن و غذا خوردن با هم لذت می برید؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۴. کودکان هنگام خوردن، مشکلاتی مانند عق زدن، استفراغ یا دارد؟ (لطفا توضیح دهید).
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۵. آیا در طول روز، کودکان هر بار که بیدار می شود، به طور مداوم برای یک ساعت یا بیشتر بیدار می ماند؟
	<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"/> 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 هنگام بازی با شما صداهایی در می آورد و به شما نگاه می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۰. آیا کودکان برای جلب توجه شما صداها یا اداهایی در می آورد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۱. وقتی شما به کودکان لبخند می زنید، آیا او در پاسخ به شما لبخند می زند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۲۲. وقتی شما با کودکان حرف می زنید یا برایش صدا در می آورید، آیا او هم در پاسخ صدا در می آورد؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۲۳. آیا تا کنون کسی نگرانی خود را در مورد رفتارهای کودکان با شما در میان گذاشته است؟ اگر پاسخ شما «گاهی» یا «اغلب یا همیشه» است، لطفا توضیح دهید:
جمع امتیاز					

کلیات

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

بله خیر

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

بله خیر

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

بله خیر

۲۶. از چه چیز فرزندتان لذت می‌برید؟
