



تاریخ تکمیل پرسشنامه: شماره تماس:

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


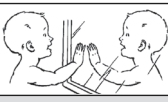
- ترجیحاً قبل از پاسخ به هر سوال، آن فعالیت را با کودک انجام دهید.
- تکمیل این پرسشنامه را به بازی جالبی برای خود و کودکان تبدیل کنید.

امتیاز	هنوز نه	گاهی	بله	ارتباطات
				۱. آیا کودکان لبخند ملایمی می‌زند؟
				۲. بعد از اینکه مدتی در دیدرس کودکان نبوده‌اید، آیا او با دیدن شما لبخند می‌زند یا هیجان زده می‌شود؟
				۳. آیا زمانی که صدای فردی غیر از شما را می‌شنود گریه اش را قطع می‌کند؟
				۴. آیا کودکان جیغ‌های تیزی می‌کشد؟
				۵. آیا کودکان می‌خندد؟
				۵. آیا زمانی که به اسباب بازی‌ها یا مردم نگاه می‌کند از خودش صدا در می‌آورد؟
				۶. وقتی کودکان به پشت خوابیده، آیا سرش را از یک طرف به طرف دیگر حرکت می‌دهد؟
				نمره کل ارتباطات

امتیاز	هنوز نه	گاهی	بله	حرکات درشت
				۱. وقتی کودکان به پشت خوابیده، آیا سرش را از یک طرف به طرف دیگر حرکت می‌دهد؟
				۲. وقتی کودکان روی شکمش خوابیده، آیا بعد از این که سرش را بالا می‌گیرد، به جای این که سرش سقوط کند یا ناگهان پایین بیفتد، می‌تواند سر را دوباره به آرامی روی زمین بگذارد؟
				۳. زمانی که کودکان روی شکمش خوابیده، آیا سرش را به مدت حداقل ۱۵ ثانیه بالا نگه می‌دارد طوری که فاصله چانه اش با کف زمین حدود نیم و جب (۸.۷ سانتیمتر) باشد؟
				۴. زمانی که روی شکمش خوابیده است، آیا سرش را مستقیم بالا می‌آورد و به اطراف نگاه می‌کند؟ (حین انجام این کار، می‌تواند روی آرنجش تکیه دهد.)
				۵. زمانی که کودکان را در وضعیت نشسته نگه می‌دارید، آیا سرش را صاف و ثابت نگه می‌دارد؟
				۶. در حالی که کودکان به پشت خوابیده، آیا دستانش را روی سینه به هم می‌رساند و انگشتانش را لمس می‌کند؟
				نمره حرکات درشت

امتیاز	هنوز نه	گاهی	بله	حرکات ظریف
				۱. آیا وقتی کودکان بیدار است دست‌هایش را باز یا نیمه باز نگه می‌دارد؟ (برخلاف دوره نوزادی که دست‌هایش به حالت مشت بود).
				۲. زمانی که یک اسباب بازی را در دست کودکان می‌گذارید، آیا آن را حداقل برای چند ثانیه تکان می‌دهد؟
				۳. آیا کودکان به لباسهای خود چنگ می‌زند یا آن را می‌خراشد؟
				۴. زمانی که یک اسباب بازی را در دست کودکان می‌گذارید، آیا در حالی که حدود یک دقیقه آن را نگه داشته است، به آن نگاه می‌کند، آن را تکان می‌دهد یا سعی می‌کند آن را بچود؟
				۵. در حالیکه کودکان را در وضعیت نشسته نگه داشته‌اید یا او را روی شکمش قرار داده‌اید، آیا سطح جلوی خود را با انگشتانش می‌گیرد یا به آن چنگ می‌زند؟
				۶. زمانی که کودکان را در وضعیت نشسته نگاه داشته‌اید، آیا برای گرفتن اسباب بازی که روی میز نزدیک خودش قرار دارد، دستش را به طرف آن دراز می‌کند، هرچند که ممکن است نتواند با دستش آن را لمس کند؟
				نمره حرکات ظریف

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

امتیاز	هنوز نه	گاهی	بله	شخصی - اجتماعی
				۱. آیا کودک دست هایش را تماشا می کند؟
				
				۲. زمانی که کودک دست هایش را به هم می رساند، آیا با انگشتانش بازی می کند؟
				۳. وقتی کودک 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؟
				۴. زمانی که کودک از سینه مادر شیر می خورد آیا با دست آزاد خود پستان مادر را می گیرد و یا هنگام شیر خوردن از شیشه با هر دو دستش همزمان در نگه داشتن شیشه شیر کمک می کند؟
				۵. آیا کودک پیش از اینکه به او لبخند بزند یا با او صحبت کنید، با دیدن شما در نزدیکی خود، لبخند می زند؟
				۶. زمانی که کودک روی یک آینه بزرگ قرار دارد، آیا به خودش لبخند می زند یا برای خودش صداهایی در می آورد؟
				
				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 فرزند شما از هر دو دست و هر دو پایش به خوبی استفاده می کند؟ اگر نه، توضیح دهید. بله خیر

۲. وقتی به فرزندتان کمک می کنید که بایستد، آیا بیشتر اوقات کف پاهایش کاملاً روی زمین است؟ اگر نه، توضیح دهید. بله خیر

۳. یا نگران این هستید که فرزندتان خیلی ساکت است یا صداهایی را که بچه های دیگر در می آورند، در نمی آورد؟ اگر بله، توضیح دهید. بله خیر

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

۵. آیا درباره بینایی فرزندتان نگرانی دارید؟ اگر بله، توضیح دهید. بله خیر

۶. آیا فرزندتان در چند ماه اخیر هر نوع بیماری (مشکل پزشکی) جدی و مهمی داشته است؟ اگر بله، توضیح دهید. بله خیر

۷. آیا درباره رفتارهای فرزندتان نگران هستید؟ اگر بله توضیح دهید. بله خیر

۸. آیا چیز دیگری درباره فرزندتان شما را نگران و دلواپس می کند؟ اگر بله توضیح دهید. بله خیر