

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 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 | ۱. آیا وقتی با کودکان حرف می زنید، به شما نگاه می کند؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۲. 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 | ۳. آیا کودکان با افراد بزرگسالی که کاملاً می شناسد حرف می زند یا بازی می کند؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۴. آیا کودکان بیش از حد انتظارتان به شما می چسبند؟  |
| | <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 ۱۵ دقیقه آرام می شود؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۶. 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 | ۷. آیا کودکان بعد از انجام فعالیت های هیجان انگیز، خودش خودبخود آرام می گیرد؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۸. آیا کودکان بدون مشکل زیادی از سریک فعالیت سراغ فعالیت بعدی می رود (مثلاً از بازی کردن دست کشیده و به خوردن غذا مشغول می شود)؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۹. آیا کودکان شاد و خوشحال به نظر می رسد؟ |
| | <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"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۱۱. آیا کودکان کاری را که از او می خواهید، انجام می دهد؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۱۲. آیا کودکان پر تحرک تر و پر جنب و جوش تر از کودکان هم سن و سال خود به نظر می رسد؟  |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۱۳. آیا کودکان فعالیت هایی را که از آنها لذت می برد حداقل تا ۵ دقیقه ادامه می دهد؟ (منظور فعالیت هایی به غیر از تماشای نمایش یا فیلم یا بازی با وسایل الکترونیک است)؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۱۴. 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 | ۱۵. 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 | ۱۶. آیا کودکان در طول ۲۴ ساعت، حداقل ۸ ساعت می خوابد؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۱۷. آیا کودکان برای گفتن خواسته ها و نیازهایش به شما از کلمات استفاده می کند؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۱۸. آیا کودکان از دستورات همیشگی و روزمره پیروی می کند؟ برای مثال آیا وقتی از او می خواهید، سر سفره یا میز می آید یا در جمع آوری اسباب بازی هایش کمک می کند؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۱۹. آیا کودکان برای مدت های طولانی گریه می کند، جیغ می زند یا قشقرق راه می اندازد؟ |
| | <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؟  |

| 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"/> 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"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۲۲. آیا کودکان عمداً به خودش آسیب می زند؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۲۳. آیا کودکان از چیزهای خطرناک مانند آتش و ماشین های در حال حرکت، دوری می کند؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۲۴. آیا کودکان عمداً به چیزهایی آسیب می زند یا آنها را از بین می برد؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۲۵. آیا کودکان برای بیان احساسات خودش یا احساسات دیگران از کلمات استفاده می کند؟ مثلاً آیا می گوید "من خوشحالم"، "من اونو دوست ندارم" یا "او ناراحته"؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۲۶. آیا کودکان می تواند اسم یک دوستش را بگوید؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۲۷. آیا کودکان دیگر دوست دارند با کودک شما بازی کنند؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۲۸. آیا کودکان دوست دارد با کودکان دیگر بازی کند؟  |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۲۹. آیا کودکان سعی می کند 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"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۳۰. آیا کودکان علاقه یا اطلاعات زیاد و غیر معمولی نسبت به اصطلاحات و حرفهای جنسی و رفتارهای جنسی از خود نشان می دهد؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | ۳۱. آیا کودکان سعی می کند 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 | ۳۲. آیا کودک شما وانمود می کند که اشیاء چیزهای دیگری هستند؟ مثلاً با یک موز ادای گوشی تلفن را در می آورد؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۳۳. آیا کودکان در طول شب، سه بار یا بیشتر از خواب بیدار می شود؟ |
| | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | ۳۴. 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 | ۳۵. 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، لطفاً توضیح دهید: |
| جمع امتیاز | | | | | |

کلیات

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

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

۳۷. آیا چیزی درباره کودکان شما را نگران می کند؟ اگر پاسخ «بله» را انتخاب کردید، لطفاً توضیح دهید.
 خیر بله

۳۸. از چه چیز فرزندان لذت می برید؟
 خیر بله