



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 کودکان انجام دهید.
- تکمیل این پرسشنامه را به بازی جالبی برای خود و کودکان تبدیل کنید.

ارتباطات	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
۱. آیا کودکان لبخند ملایمی می‌زند؟				
۲. بعد از اینکه مدتی در دیدرس کودکان نبوده اید، 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 جیغ های تیزی می‌کشد؟				
۵. آیا کودکان می‌خندد؟				
۶. آیا زمانی که به اسباب بازی ها یا مردم نگاه می‌کند از خودش صدا در می‌آورد؟				
نمره کل ارتباطات				

حرکات درشت	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
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 وجب (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				

حرکات ظریف	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
۱. آیا وقتی کودکان بیدار است دست هایش را باز یا نیمه باز نگه می‌دارد؟ (برخلاف دوره نوزادی که دست هایش 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 بجود؟				
۵. در حالیکه کودکان را در وضعیت نشسته نگه داشته اید یا او را روی شکمش قرار داده اید، آیا سطح جلوی خود را با انگشتانش می‌گیرد یا به آن چنگ می‌زند؟				
۶. زمانی که کودکان را در وضعیت نشسته نگاه داشته اید، 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				

حَل مسئله	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
۱. وقتی یک اسباب بازی را به آرامی جلوی صورت کودکتان (در فاصله حدود ۲۵ سانتی)، از این طرف به آن طرف حرکت می دهید آیا کودکانتان آن را با چشمانش، و گاهی با چرخاندن سرش دنبال می کند؟				
۲. وقتی اسباب بازی کوچکی را به آرامی جلوی صورت کودکتان (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 کودکانتان می گذارید، آیا به آن نگاه می کند؟				
۵. زمانی که یک اسباب بازی را در دست کودکانتان قرار می دهید، آیا آن را در دهانش می گذارد؟				
۶. وقتی کودکانتان به پشت خوابیده و شما یک اسباب بازی را بالای سرش تاب می دهید، آیا او دستانش را به سمت اسباب بازی تکان می دهد؟				
نمره حل مسئله				

شخصی - اجتماعی	بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
۱. آیا کودکانتان 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 کودکانتان 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 کودکانتان 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 کودکانتان پیش از اینکه به او لبخند بزنید یا با او صحبت کنید، با دیدن شما در نزدیکی خود، لبخند می زند؟				
۶. زمانی که کودکانتان رویه 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. آیا 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 دلوایس می کند؟ اگر بله توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐