

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 ناراحت 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 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	۳. 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	۴. 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	۵. آیا کودکان به نحوی به شما می فهماند که گرسنه، خسته یا ناراحت است؟ برای مثال آیا نق نق یا گریه می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۶. وقتی کودکان بیدار است، آیا به نظر می رسد که از تماشا کردن یا گوش دادن به افراد دیگر، لذت می برد. مثلاً 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	۷. آیا کودکان می تواند خودش را آرام کند (مثلاً با مکیدن دستش یا مکیدن پستانک؟) 
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۸. آیا کودکان برای مدت های طولانی گریه می کند؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۹. آیا بدن کودکان آرام و آسوده است؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۰. آیا 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	۱۱. آیا شیر 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	۱۲. شما و کودکان با هم از زمان های شیر دادن لذت می برید؟
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	۱۳. کودکان هنگام خوردن، مشکلاتی مانند عق زدن، استفراغ یا دارد؟ (لطفاً توضیح دهید).
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۴. 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"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	۱۵. 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	۱۶. 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.

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

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

۱۹. از چه چیز فرزندتان لذت می برد؟ بله خیر