

نام کودک:	نام خانوادگی کودک:	جنس:
تاریخ تولد: / /	سن اصلاح شده: ماه	نام تکمیل کننده:
نسبت تکمیل کننده با کودک:	تاریخ تکمیل:	تلفن تماس تکمیل کننده:
استان:	شهرستان:	روستا:
نام مرکز:	نام پرسشگر:	شماره تلفن مرکز:

پدر و مادر گرامی ، اکنون که امکان ارزیابی کودک شما با این آزمون مهم فراهم شده است برای پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه ASQ به چند نکته مهم زیر توجه فرمایید :

۱- پرسشنامه طوری طراحی شده است که کودک ممکن است نتواند تمام فعالیت‌های مورد اشاره در آن را انجام دهد. از این موضوع متعجب یا ناراحت نشوید .

۲- سوالات برای هر سن در ۵ بخش اصلی طراحی شده اند : (۱)بخش برقراری ارتباط (که عمدتاً مربوط به سخن گفتن و شنوایی است) (۲)بخش حرکات درشت (که عمدتاً مربوط به حرکات پاها و بازوها است)(۳)بخش حرکات ظریف (که عمدتاً مربوط به حرکات دستها و انگشتان است)(۴)بخش حل مسئله (که عمدتاً مربوط به درک مفاهیم است)و (۵) بخش شخصی-اجتماعی (که عمدتاً مربوط به رفتارهای فردی و رفتارهای اجتماعی کودک است).یک "بخش کلی" هم در پایان ۵ بخش اصلی وجود دارد که سوالات آن عمومی هستند.

۳- در مورد پاسخ هر کدام از سوالات اگر شک دارید، حتماً باید فعالیت مورد اشاره در آن سوال را با کودک خود امتحان کنید و سپس به سوال پاسخ دهید .

۴- در ۵ بخش اصلی ، هر سوال سه پاسخ "بلی" ، "گاهی" و "هنوز نه" دارد . توجه داشته باشید که بایستی فقط یکی از پاسخ ها علامت زده شود و در بخش کلی ، پاسخ ها "بلی" یا "خیر" است و گاهی هم باید توضیح کوتاهی در پاسخ به سوالات نوشته شود .

- پاسخ "بلی" به معنی این است که کودک در حال حاضر قادر است فعالیت مورد نظر را انجام دهد.

- پاسخ "گاهی" به معنی این است که کودک به تازگی شروع به انجام فعالیت مورد نظر کرده است

- پاسخ "هنوز نه" به معنی این است که کودک هنوز شروع به فعالیت مورد نظر نکرده است.

۵- توجه داشته باشید گاهی پیش می آید که کودک فعالیت مورد نظر را قبلاً انجام می داده است ولی حالا به دلیل اینکه فعالیت پیشرفته تری را یاد گرفته است ، دیگر آن فعالیت قبلی را انجام نمی دهد یا بندرت انجام میدهد .مثلاً اگر سوال شده است "آیا کودک چهار دست و پا می رود ؟" اگر کودک شما قبلاً چهار دست و پا می رفته ولی حالا راه می رود ، در این صورت بازهم باید پاسخ "بلی" را علامت بزنید .

۶- پر کردن و برگرداندن سریع پرسشنامه بسیار اهمیت دارد، تا اولاً سن کودک از سن مناسب برای پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه نگردد و ثانیاً در صورت وجود کوچکترین اشکال در تکامل او اقدام به موقع انجام شود.پس پرسشنامه را به موقع تکمیل فرمایید و هر چه زودتر به محلی که از آن تحویل گرفته اید ، برگردانید.

۷- پاسخ به سوالات پرسشنامه را به یک بازی خانوادگی تبدیل نمایید، تا هم شما وهم کودکان از آن لذت ببرید . بهتر است کودک هنگام تکمیل پرسشنامه آماده بازی باشد .




۸- توجه کنید که بایستی مشخص فرمایید که چه کسی پرسشنامه را تکمیل می نماید .منظور کسی است که در مورد کودک اطلاعات بیشتری دارد و او است که به سوالات پاسخ می دهد. به این منظور نام و نسبت او با کودک را در قسمت بالا در پرسشنامه بنویسید.

۹- در صورت بروز هر گونه مشکل در پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه با شماره تلفن مرکزی که پرسشنامه را از آنجا دریافت کرده اید ، تماس بگیرید.


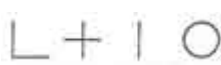
۱۰- یاد آوری می کنیم که پرسشنامه بعدی را باید ۶ ماه بعد از مرکز دریافت کرده، تکمیل نمایید .

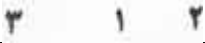
حیطه برقراری ارتباط				پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندان مشاهده یا تجربه کرده اید .			
		بله	گاهی	هنوزنه			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۱- آیا کودک حداقل سه مورد از یک مقوله متداول را نام می برد؟ برای مثال ، اگر شما به کودک می گوید، "اسم چند تا خوراکی را به من بگو" آیا کودک در پاسخ چیزهایی مثل، "غذا، میوه، شیرینی و تخم مرغ" را نام می برد. یا اگر بگویند، "اسم چند تا حیوان را به من بگو." آیا کودک در پاسخ چیزهایی مثل "گاو، سگ و فیل" را نام می برد؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۲- آیا کودک به سوالات زیر پاسخ می دهد: "وقتی گرسنه هستی چکار می کنی؟" (پاسخ های قابل قبول شامل موارد زیر هستند: "غذا می خورم"، "از کسی می خوام که چیزی به من بده تا بخورم" و "نان، بیسکویت و... می خورم" لطفا پاسخ کودک را بنویسید :.....		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۳- آیا هنگام تعریف کردن در مورد چیزهای آشنا، حداقل دو مورد را درباره آن بیان می کند؟ برای مثال اگر بپرسید به بگو "توپ چه جوریه؟" آیا چیزی مثل "اون گرده"، "بزرگه"، "اونو شوت می کنم" را می گوید ؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۴- آیا کودک مواردی مثل "ها" نشانه جمع، "م، یم" نشانه گذشته، "می" نشانه استمرار را در کلمات بکار می برد؟ برای مثال ، آیا کودک شما چیزهایی مثل ، "من گریه ها را می بینم"، "من دارم بازی می کنم" یا "توپ را شوت کردم" را می گوید؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۵- اگر بدون هیچ اشاره ای آنچه را که گفته اید، تکرار نکنید، آیا کودک از سه دستوری که ربطی به یکدیگر ندارند پیروی می کند؟ شما باید هر سه دستور را پشت سرهم و قبل از اینکه کودک شروع به انجام دادن آنها نماید، ارائه دهید. برای مثال ، می توانید سه دستور زیر را به کودک ارائه دهید "دست بزن (کف زدن)، به طرف در برو و بنشین".		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۶- آیا کودک برای ساختن جملات کاملی مثل "من دارم به اون پارک می رم". "یه اسباب بازی دارین که باهانش بازی کنم؟" یا "شما هم می آیی؟" از تمام کلمات لازم استفاده می کند؟ (برای مثال ، "یک"، "آن"، "می" در فعل هایی مثل می روم.)		

جمع کل ----

حیطه حرکات درشت				پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندان مشاهده یا تجربه کرده اید .			
		بله	گاهی	هنوزنه			
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۱- زمانی که یک توپ بزرگ را برای کودک پرت می کنید، آیا آن را با هر دو دستش می گیرد؟ شما باید حدود ۱.۵ متر از کودک فاصله داشته و برای این کار به او دو یا سه بار فرصت دهید؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۲- آیا کودک بدون اینکه کسی به او کمک کند، از پله های سرسره بالا رفته و سپس از بالای آن سر می خورد؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۳- آیا کودک در حالت ایستاده، بازویش را تا سطح شانه بالا می برد و توپ را به طرف جلو و به سمت فردی که در فاصله حدود ۲ متری از او ایستاده است، پرتاب می کند؟ (چنانچه توپ از دست کودک بیفتد، توپ را رها کند یا توپ را بدون بالا بردن دستش پرتاب کند، پاسخ "خیر" را علامت بزنید.)		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۴- آیا کودک می تواند حداقل یکبار و بدون اینکه تعادلش را از دست بدهد، با پای راست یا پای چپ خود لی لی کند؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۵- آیا کودک می تواند در حالت ایستاده و جفت پا ، نیم متر به جلو بپرد؟		
---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۶- آیا کودک بدون اینکه به چیزی یا جایی تکیه دهد و بدون از دست دادن تعادلش و پایش، حداقل به مدت ۵ ثانیه روی یک پا می ایستد؟ قبل از اینکه به این سوال پاسخ دهید، می توانید برای این کار دو یا سه بار به کودک فرصت دهید.		

جمع کل ----

حیطه حرکات ظریف				پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندان مشاهده یا تجربه کرده اید .
بله	گاهی	هنوزنه		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۱- آیا کودک قطعات یک اسباب بازی جورچین شش تکه ای (پازل ۶ تکه ای) را بطور صحیح کنار یکدیگر قرار می دهد؟ اگر اسباب بازی موجود نبود، یک صفحه از یک مجله را که روی آن یک تصویر بزرگ است بردارید و آن را به شش قسمت ببرید. آیا کودک شما آنها را بطور صحیح کنار یکدیگر قرار می دهد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۲- آیا کودک با باز و بسته کردن فیچی، کاغذ را از وسط و تقریباً در یک خط صاف، فیچی می کند؟ 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۳- آیا کودک با نگاه کردن به اشکال زیر، حداقل سه تا از آنها را روی یک ورق کاغذ رسم می کند؟ البته او نباید کاغذ خود را بر روی این اشکال بگذارد و آنها را کپی کند. آنچه کودک رسم می کند، از نظر طرح باید مشابه اشکالی باشند که به او نشان داده اید، ولی اندازه آنها می تواند متفاوت باشد. 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۴- آیا کودک دگمه یا دگمه ها را باز می کند؟ برای انجام این کار، او می تواند از لباس خودش یا لباس عروسک استفاده کند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۵- آیا کودک در کشیدن تصویر افراد یا تصویر آدمک، حداقل سه مورد از موارد زیر را رسم می کند: سر، چشم ها، بینی، دهان، گردن، مو، تنه، بازوها، دست ها، ران، و یا پاها(کف پا)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۶- آیا کودک هنگام رنگ آمیزی یک تصویر، اکثراً داخل خطوط آن رنگ می کند؟(هنگام رنگ کردن یک تصویر نباید بیش از ۰.۵ سانتی متر از خطوط تصویر بیرون برود).
جمع کل ----				

حیطه حل مسئله				پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندان مشاهده یا تجربه کرده اید .
بله	گاهی	هنوزنه		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۱- زمانی که یک شی را به کودک نشان می دهید و می گوئید "این چه رنگیه؟" آیا او پنج رنگ مختلف مثل قرمز، آبی، زرد، سیاه(مشکی)، سفید یا صورتی را نام می برد؟ تنها در صورتی که کودک نام پنج رنگ را به صورت صحیح بکار برد، پاسخ "بله" را علامت بزنید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۲- آیا کودک با پوشیدن لباس های دیگران و "ادا درآوردن" وانمود می کند کسی یا چیز دیگری است؟ برای مثال کودک ممکن است که به شکل های مختلفی لباس بپوشد و وانمود کند که یک مامان، بابا، برادر، خواهر، یا یک حیوان یا موجود خیالی است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۳- اگر پنج شی را مقابل کودک قرار دهید، آیا می تواند آنها را به ترتیب با گفتن، "یک، دو، سه، چهار، پنج" بشمارد؟ هنگام پرسیدن این سوال از کودک، نباید با اشاره کردن، انجام حرکت یا نام بردن به او کمک کنید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۴- زمانی که از کودک می پرسید، "کوچکترین دایره کدام است؟" آیا به کوچکترین دایره اشاره می کند؟ سنوال را بدون استفاده از اشاره، حرکات چهره یا نگاه کردن به کوچکترین دایره بپرسید؟ 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۵- آیا کودک از ۱ تا ۱۵ را بدون اشتباه می شمارد؟ اگر چنین است، پاسخ "بله" را علامت بزنید. اگر تا ۱۲ را بدون اشتباه می شمارد پاسخ "گاهی" را علامت بزنید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	۶- آیا کودک نام اعداد را می داند. اگر سه عدد زیر را می شناسد و نام می برد پاسخ "بله" را علامت بزنید. اگر دو عدد از اعداد زیر را شناخت و اسم آنها را گفت، پاسخ "گاهی" را علامت بزنید. 
جمع کل ----				

پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را در مورد فرزندان مشاهده یا تجربه کرده اید .			
بله	گاهی	هنوز نه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- آیا با استفاده از وسایل آشپزخانه و غذاخوری برای خودش غذا می کشد. به عنوان مثال با استفاده از یک قاشق بزرگ ماست را از یک کاسه بزرگ بر می دارد و در طرف خود می ریزد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- آیا کودک حداقل ۴ مورد از موارد زیر را بازگو می کند؟ (۱) نام خودش (۲) نام خانوادگی خودش (۳) سن خودش (۴) دختر یا پسر بودن خودش (۵) شهری که در آن زندگی می کند (۶) شماره تلفن خودش لطفا دور مواردی را که کودک می داند، دایره بکشید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا کودک بدون کمک و به تنهایی ، دست و صورتش را با استفاده از صابون می شوید و با حوله خشک می کند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- آیا کودک اسم دو یا چند نفر از همباز هایش را به شما می گوید. این اسامی نباید شامل اسم برادر و خواهرها باشد. زمانی که این سوال را از کودک می پرسید ، نباید با گفتن اسم همبازی یا دوستانش به او کمک کنید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- آیا کودک بدون هیچ کمکی ، خمیر دندان را بر روی مسواک می گذارد و تمام دندان هایش را مسواک می زند؟ البته شاید هنوز لازم باشد که بر مسواک زدن کودک نظارت کنید و دوباره دندانهایش را مسواک بزنید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- آیا کودک بدون هیچ کمکی ، خودش لباس هایش را می پوشد یا در می آورد؟(به استثنای دگمه های فشاری، معمولی، زیپ ها)
جمع کل ----			

موارد کلی		
بله	خیر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- به نظر شما آیا کودکان خوب می شنود ؟ اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- به نظر شما آیا کودکان مثل هم سن و سالانش حرف می زند ؟ اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا شما اکثرا آنچه که کودکان می گوید، می فهمید ؟ اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- به نظر شما آیا کودکان مثل هم سن و سالانش راه می رود ، می دود و از وسایل بالا می رود؟ اگر نه توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- آیا سابقه ناشنوایی و یا مشکلات شنوایی در دوران کودکی اعضای خانواده هر یک از والدین وجود دارد؟ اگر بله توضیح دهید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- آیا به نظر شما ، کودکان از نظر بینایی مشکلی دارد؟ اگر بله توضیح دهید .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- آیا در مورد کودک خود نگرانی خاصی دارید ؟ اگر بله توضیح دهید .