

نام بیمار:

پرسشنامه ارتباطات کودک کلینیک گفتاردرمانی UCLA

لطفاً این فرم را به طور کامل تکمیل کنید، زیرا به منظور ارزیابی کافی توانایی‌های گفتاری و زبانی فرزندتان، به اطلاعاتی که توسط شما ارائه می‌گردد، اتکا خواهیم کرد. اگر پرسشی شامل حال فرزند شما نمی‌شود، یا پاسخ آن را نمی‌دانید، لطفاً آن را با «ن/م» (نامربوط) علامت بزنید. متشکریم!

دلیل مراجعه:

در حوزه گفتار و/یا زبان، فرزندم از حیث موارد زیر دچار مشکل است:

سابقه پزشکی:

آیا فرزندتان دچار هیچ یک از موارد زیر بوده است (یا در حال حاضر دچار آنها است):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> لوزبرداری | <input type="checkbox"/> آدنوئیدکتومی (برداشتن لوزه سوم) |
| <input type="checkbox"/> مشکلات بینایی | <input type="checkbox"/> آلرژی‌ها |
| <input type="checkbox"/> تولد زودرس | <input type="checkbox"/> مشکلات تنفسی |
| <input type="checkbox"/> عوارض زمان تولد | <input type="checkbox"/> عفونت‌های گوش |
| <input type="checkbox"/> پیشینه مکیدن شست یا استفاده از گول‌زنک | <input type="checkbox"/> جراحی در ناحیه سر |
| <input type="checkbox"/> مشکلات مربوط به تغذیه با شیر مادر | <input type="checkbox"/> از دست دادن شنوایی |
| <input type="checkbox"/> بیماری‌ها/جراحات/جراحی‌های عمده یا سایر مشکلات پزشکی عمده: | <input type="checkbox"/> تشنج‌ها/اسپاسم‌ها |

- | | | |
|---|-----|-----|
| آیا فرزندتان در حال حاضر از ناحیه دهان یا گلو دچار درد است؟ | بله | خیر |
| آیا فرزندتان مورد غربالگری شنوایی ویژه نوزادان قرار گرفت؟ | بله | خیر |
| آیا اخیراً آزمایش شنوایی روی فرزندتان انجام شده است؟ | بله | خیر |

چه موقع؟

کجا؟

نتایج:

در منزل شما به چه زبان/زبان‌هایی صحبت می‌شود؟

درصد قرارگیری فرزندان در معرض زبان انگلیسی چقدر است؟ % _____

درصد قرارگیری فرزندان در معرض یک زبان دیگر چقدر است؟ % _____

زبان مادری فرزندان چیست؟

سابقه رشد:

فرزندان در چه سن تقریبی به معیارهای رشد زیر دست یافت؟

_____ نخستین کلمات (مثل مامان، بای‌بای، بابا)

_____ دو کلمه با هم (مثل «آب‌میوه بیشتر»، «بای‌بای مامان»)

_____ راه افتادن

محیط خانه:

چه کسانی در منزل شما با فرزندان زندگی می‌کنند؟ (لطفاً اگر فرزندان خواهر یا برادری دارد، سن آنها را درج کنید):

آیا در خانواده شما سابقه اختلالات گفتاری، زبانی، یا تحصیلی (مثل تأخیر در گفتار، لکنت زبان، اوتیسم، اختلالات یادگیری) وجود دارد؟ اگر بله، لطفاً درباره آنها توضیح دهید:

فرزندان روزانه چند ساعت وقت خود را صرف تماشای یک صفحه نمایش (مثل گوشی هوشمند، تبلت، تلویزیون و غیره) می‌کند؟

تعداد دقیق/ساعت: _____

بفرمایید از چه وسایلی استفاده می‌کند، مثلاً iPad، گوشی هوشمند، تلویزیون، و غیره: _____

فرزندان هر چند وقت یک بار با همسن و سال‌های خود تعامل دارد؟ آیا نگرانی‌هایی درباره تعامل‌های اجتماعی او وجود دارد؟

مدرسه:

آیا فرزندان در حال حاضر به مدرسه/پیش‌دبستانی/مهد کودک می‌رود؟
بله خیر
اگر بله، کجا؟ _____

چند ساعت در روز/هفته؟ _____

آیا در حال حاضر نگرانی‌های تحصیلی یا رفتاری وجود دارد؟ اگر بله، لطفاً درباره آنها توضیح دهید:

خدمات قبلی یا فعلی:

آیا فرزندتان در حال حاضر هیچ گونه خدمات درمانی را دریافت می‌کند یا در گذشته خدمات درمانی را دریافت کرده است؟
نوع درمان
تعداد جلسات در هفته
درمان چه زمانی آغاز شد/پایان یافت؟

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

اطلاعات گفتاری و زبانی فعلی:

آیا فرزندتان...؟

خیر	بله	حسب درخواست به اشیاء معمولی (مثل توپ، فنجان، کفش) اشاره می‌کند یا آنها را می‌آورد؟
خیر	بله	آنچه می‌گویید را درک می‌کند؟
خیر	بله	دستورات ساده (مثل «کفش‌هایت را بیاور») را انجام می‌دهد؟

آیا دغدغه دیگری درباره درک، فهم، و انجام دستورات توسط فرزندتان دارید؟

ابزار اولیه مورد استفاده توسط فرزندتان برای برقراری چپست (مثل زبان بدن، ایما و اشاره، صداها، کلمات، عبارات، جمله‌ها)؟

تخمین می‌زنید در حال حاضر فرزندتان از چند واژه استفاده می‌کند؟ _____

می‌توانم _____ % از اوقات منظور فرزندم را درک کنم.
سایر افراد می‌توانند تقریباً _____ % از اوقات منظور فرزندم را درک کنند.

آیا موضوع دیگری درباره فرزندتان هست که بخواهید راجع به آن به ما بگویید؟

لطفاً فرم تکمیل شده را به بخش پذیرش تحویل دهید. متشکریم!