환자 이름:

UCLA Health System

UCLA 언어 교정 클리닉 아동 커뮤니케이션 설문조사

이 양식을 완전하게 작성해 주십시오. 귀 자녀의 말하기 및 언어 능력을 적합하게 평가하기 위해 귀하가 제공하는 정보에 상당히 의존합니다. 질문이 해당되지 않거나 또는 답을 모르겠으면 N/A 로 표시해 주십시오. 감사합니다!

방문 이유:

말하기 및/또는 언어 분야에서, 내 자녀는 다음의 어려움을 겪고 있습니다:

_____

_____

의료기록:

귀 자녀가 다음 중 하나에 해당하는 경험/증상이 있었습니까(또는 현재 있습니까)?

- ☐ 아데노이드 절제술
- ☐ 알레르기
- ☐ 호흡곤란
- ☐ 중이염
- ☐ 두부손상
- ☐ 청력 손실
- ☐ 발작/경련
- ☐ 주요 질병/부상/수술/기타 의학적 상태:
- ☐ 편도선 수술
- ☐ 시력 문제
- ☐ 조산
- ☐ 출산 합병증
- ☐ 손가락 빨기 또는 모조 젖꼭지 사용 경험
- ☐ 모유 수유 어려움

_____

_____

귀 자녀가 현재 입이나 목구멍 부위에 통증을 느낍니까? 예 아니요

귀하의 자녀가 신생아 청력 선별검사를 받았습니까? 예 아니요

귀하의 자녀가 최근 청력검사를 받았습니까? 예 아니요

언제 받았습니까? _____

어디서 받았습니까? _____

결과: _____

집에서 사용하는 언어는 무엇입니까? _____

영어에 노출되는 비율은 어느 정도입니까? _____%

다른 언어에 노출되는 비율은 어느 정도입니까? _____%

자녀가 주로 사용하는 언어는 무엇입니까?

_____

발달 이력:

귀하의 자녀가 다음 발달 이정표를 달성한 연령은 대략 몇 세입니까?

_____ 첫 번째 단어를 말함 (예: 엄마, 바이바이, 아빠)

_____ 2 개의 단어를 함께 말함 (예: "주스 많이," "빠이 엄마")

_____ 걷기 시작함

집:

집에서 누가 자녀와 함께 삽니까? (해당될 경우, 형제자매의 연령을 기입하십시오):

_____

언어 또는 학업 장애(예: 늦게 말하기, 더듬거림, 자폐증, 학습장애) 가족 이력이 있습니까?
그렇다면, 자세히 적어주십시오. _____

자녀가 하루에 몇 시간씩 화면(예: 스마트폰, 태블릿, TV) 앞에 있습니까?
분/시간 수: _____
사용 기기(예: i-Pad, 스마트폰, TV 등): _____

자녀가 얼마나 자주 동일한 연령의 아이들과 교류합니까? 사회 교류에 대한 우려사항이 있습니까?

_____

_____

학교:

현재 자녀가 학교/프리스쿨/데이 케어에 다니고 있습니까? 예 아니요
그렇다면, 어디에 다닙니까? _____
일/주 당 몇 시간씩 다닙니까? _____
현재 학업 또는 행동 상의 우려사항이 있습니까? 그렇다면, 자세히 적어주십시오.

_____

_____

_____

이전 또는 현재 서비스:

자녀가 현재 치료를 받거나 또는 이전에 치료를 받았던 적이 있습니까?

치료의 종류	주 당 세션 수	언제 치료가 시작/종료되었습니까?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

현재 말하기 및 언어 정보:

귀하의 자녀가…

요청할 경우 보통의 물체(예: 공, 컵, 신발)를 가져오거나/가리킵니까? 예 아니요

귀하가 말하는 것을 이해하는 것처럼 보입니까? 예 아니요

간단한 지시(예: "신발을 가져오렴")를 따릅니까? 예 아니요

다음 지시, 이해, 파악력에 다른 문제가 있습니까?

_____

자녀가 주로 어떻게 의사 소통합니까(예: 바디 랭귀지, 제스처, 소리, 단어, 구문, 문장)?

_____

귀 자녀가 현재 사용하는 단어의 수를 몇 개로 추정하십니까? _____

나는 자녀를 _____% 정도 이해할 수 있다.
다른 사람들은 내 자녀를 대략 _____% 정도 이해할 수 있다.

귀 자녀에 대해 그 밖에 말씀하고 싶으신 것이 있습니까?

_____

_____

_____

작성한 양식을 프론트 데스크에 제출하여 주십시오. 감사합니다!