**儿童基本信息登记表**

**一、基本信息**

儿童姓名:

家长或监护人姓名：

联系电话:

填表人姓名:

填表人与儿童关系：

此次咨询原因包括诊断、表现症状、主诉求等：

家长主要期许（例如，您的孩子在家里，学校以及日常生活中最大的困扰）：

）

您的孩子最喜欢的玩具，食物以及游戏？

作为监护人，令您接受最快的学习方式

* 阅读文献资料
* 音频资料
* 实操演示
* 图片展示

您的孩子接受最快的学习方式：

* 阅读文献资料
* 音频资料
* 实操演示
* 图片展示

**二、健康档案**

第几胎第几产：

您的孩子是几周出生的？

怀孕期间有无其他并发症？☐有 ☐无；有的话请详述:

分娩过程有无其他并发症？☐有☐无； 有的话请详述:

您对您的孩子的身体素质的总体评判是什么? ☐好 ☐中等 ☐差

如果是中等或差请详述：

# 、

# 请列出孩子的重大疾病史

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 心脏手术 |  | 肾脏疾病 |  | 颈椎不稳 |  |
| 糖尿病 |  | 头痛/偏头痛 |  | 鼻饲管 |  |
| 哮喘 |  | 高血压 |  | 脊柱侧凸 |  |
| 中风 |  | 癫痫 |  | 骨折 |  |
| 出血性疾病 |  | 睡眠问题 |  | 行为问题 |  |
| 癌症 |  | 分流 |  | 抑郁症 |  |
| 耳部感染 |  | 反复肺炎 |  | 焦虑 |  |
| 甲状腺疾病 |  | 上呼吸道感染 |  | 感官的关注 |  |
| 其他 |  | | | | |

**药品： 你的孩子目前是否有任何药物？** Y/N **如果有，请列出：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品 | 剂量 | 服药原因 | 药品 | 剂量 | 服药原因 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**手术/程序： 你的孩子有任何手术/程序？** Y/N **如果有，请列出**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手术/ 程序 | 时间 | 手术/ 程序 | 时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

您的孩子过上氧气吗？ ☐有☐无；如果有，原因是什么？

有您想要我们知道任何其他健康问题吗？☐是☐否；如果是，请说明：

**发展里程碑（Developmental Milestones）:**

请列出孩子完成以下发展里程的大致年龄：

抬头

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

翻身

独坐

爬

独立站

独自走

自己穿衣

用纸巾擦屁股

进食固体食物

拿杯

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

用叉

用吸管杯喝水

用敞口杯喝水

白天可以控制小便

晚上控可控制小便

控制大便

* 左利手 ☐右利手

你的孩子是否有任何大小便困难？

如果有，请说明：

**言语发发育:**

请列出孩子完成以下发展里程的大致年龄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **发展里程** | **大概年龄** | **其他说明** |
| 牙牙学语 （达达、 巴巴） |  |  |
| 说的第一个字 |  |  |
| 词 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 叫他/她的名字有反应 |  |  |
| 遵循简单的指示？ |  |  |
| 孩子每句话大约多少个字？ |  |  |
| 孩子怎么告诉你他/她想要么？ |  |  |

其他和言语语言相关的领域，如达标请画勾：

* 儿童使用语句的长度与年龄相仿
* 发音准确
* 找到合适的词 （即我想，嗯，那件事，嗯，绕） 的能力
* 流畅的语言 (有无口吃)
* 嗓音 （如鼻音、 嘶哑，节距）
* 话题持续的能力
* 保持注意力的能力
* 建立同伴关系的能力
* 按照说明进行操作的能力

你第一次发现你孩子的语音和语言方面的困难是什么时候？是如何发现的？

孩子有没有因这些困难而受到影响？

有无语音和语言方面的困难的家族史？

家里主要照顾着是？

家庭主要使用的语种（普通话，方言）：

孩子讲话是否都能听懂？

照顾者可听懂率（0-100%）

陌生人可听懂率（0-100%）

**社交互动：**

孩子在和人对话/玩耍的时候是否能保持目光接触

孩子是否主动与他人沟通？（口语或非口语）

孩子在与他人玩耍时，是否懂得等待和轮流？

孩子是否能留意或明白他人的表情/身体语言/语调？

您还有其他关于孩子社交互动能力的信息吗？☐是☐否；如果是，请说明：

**听力/视力**

孩子平常戴眼镜吗？

孩子有过听力测试？日期和结果：

孩子有戴助听器吗？左耳☐ 右耳☐

孩子有过视力测试吗？日期和结果

**喂食 ：**

你的孩子有以下任何喂养困难吗？

吮吸困难☐ 吞咽困难☐ 咀嚼困难☐ 经常窒息☐ 送料叉☐ 用勺喂食☐ 营养管☐ 呕吐☐

列出其他方面喂养的问题

孩子是否挑食？

孩子是否不喜欢某种质地的食物吗？

**感官的历史:**

孩子的脚和或肚子似乎过于敏感的触摸? Y/N

孩子似乎衰减或过度? Y/N如果有，请说明

孩子能够接受刷牙吗? Y/N你的孩子有没有在不平坦的路面上犹豫? Y/N你的孩子能安坐在他/她椅子上吗? Y/N你的孩子会推/撞到其他孩子吗? Y/N

你的孩子是不是看起来很虚弱? Y/N你的孩子判断楼梯的高度/深度有困难吗?

Y/N你的孩子在楼梯上走得很重 （跺脚）? Y/N

你的孩子和其他孩子一起参加运动有困难吗? Y/N

你的孩子害怕使用游乐场设备

（跷跷板，秋千）? Y/N

你的孩子在跌倒时很难抓住他/她吗? Y/N

你的孩子听不到某些声音吗? Y/N

你的孩子是否对某些声音反应消极 （逃跑、哭泣）? Y/N

你的孩子是不是很挑食? Y/N你的孩子似乎总是在用推、拉、 跳的方式寻找活动? Y/N

你孩子只要求一直穿某些衣服吗? Y/N

你的孩子会避免手弄乱吗? Y/N

你的孩子会因为洗脸，刷牙而烦恼吗? Y/N

你的孩子在悲伤时会旋转，摇滚或自我攻击吗? Y/N

你的孩子在任务/活动方面有困难吗? Y/N

你的孩子会在看什么东西的时候闭上眼睛或者别过头吗? Y/N

# 执行功能

你的孩子有以下困难吗?

制定一个完成任务的计划 Y/N

组织能力（跟踪的信息和材料） Y/N时间管理 Y/N

工作记忆 （在完成一项复杂任务时记住相关信息）

Y/N

自我评估他/她如何处理情况 Y/N

反应抑制能力 （能评估当前的情况后再做出对应的回应） Y/N

控制情绪 Y/N

持续的关注力（有足够的专注力去完成一件事情上 Y/N

主动做事的能力（能够主导一个新的活动/游戏） Y/N

思维灵活性 Y/N

# 教育的历史:

您的孩子是否在上学？当前的年级？

您的孩子在学校有什么长处?

学校里的哪些科目对您孩子来说最有挑战性？

任何您想和我们一起分享的关于您的孩子 （他/她感官处理、 家/不适合年龄的学校技能等） 的

题?

您希望您的孩子在今年的目标是什么?

请列出任何行为问题：

**临床病史及诊疗康复情况:**

您的孩子是否有任何的临床诊断？☐有☐无

如有，请说明：

你的孩子以前有过任何的临床评估/治疗吗?

* 有☐无

如有，请提供日期，地点、治疗方式、原因和效果

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期:** | **地点:** | **治疗的类**  **型:** | **原因:** | **效果** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |