

# فرم ارزیابی اولیه کودک (۲ تا ۷ سال)

## اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی کودک: .....

تاریخ تولد: ..... سن: ..... جنسیت:  پسر  دختر

نام والدین / سرپرستان: .....

شماره تماس: ..... ایمیل: .....

## وضعیت رشد و سلامت

بارداری و زایمان (مشکلات احتمالی): .....

رشد حرکتی (نشستن، راه رفتن...): .....

رشد گفتار و زبان: .....

بیماری‌ها یا شرایط خاص پزشکی: .....

## محیط خانوادگی و اجتماعی

اعضای خانواده (خواهر/برادرها و سن): .....

تغییرات اخیر (طلاق، مهاجرت، تولد نوزاد جدید، مرگ عزیزان): .....

ارتباط کودک با همسالان و بزرگ‌ترها: .....

## ● وضعیت هیجانی و رفتاری

خلق غالب کودک: □ شاد □ مضطرب □ خجالتی □ پرخاشگر □ دیگر: .....

ترس‌های خاص کودک: .....

مشکلات رفتاری (قشقرق، لجبازی، خواب یا تغذیه): .....

مهارت بیان احساسات (کلامی یا غیرکلامی): .....

## ● آموزش و مهدکودک

آیا کودک در مهد یا پیش‌دبستانی حضور دارد؟ □ بله □ خیر

واکنش کودک به محیط‌های جدید و جدایی از والدین: .....

میزان توجه و تمرکز در فعالیت‌ها: .....

## ● خواب و تغذیه

ساعات خواب شبانه و چرت روزانه: .....

مشکلات خواب (مثل کابوس یا بیدارشدن مکرر): .....

عادات غذایی (بی‌اشتهایی، پرخوری، بدغذایی): .....

## ● مهارت‌های روزمره (Self-care)

توانایی استفاده از دستشویی / پوشک: .....

لباس پوشیدن: .....

غذا خوردن: .....

مسواک زدن: .....

## ● سابقه درمانی و مشاوره‌ای

آیا کودک قبلاً در جلسات گفتاردرمانی، کاردرمانی، یا روان‌شناسی شرکت کرده؟

.....

آیا داروی خاصی مصرف می‌کند؟ .....

## ● حساسیت‌ها یا عادت‌های ویژه

حساسیت به صدا، نور یا لمس: .....

وابستگی به اشیای خاص (پتو، اسباب‌بازی خاص...): .....

## ● انتظارات والدین

بزرگ‌ترین نگرانی شما درباره فرزندتان چیست؟ .....

انتظار شما از جلسات مشاوره چیست؟ .....

## ● شدت مشکلات (لطفاً از ۱ تا ۵ مشخص کنید)

اضطراب: 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1 □

پرخاشگری/لجبازی: 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1 □

مشکلات خواب: 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1 □

مشکلات تغذیه: 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1 □

مشکلات ارتباطی: 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1 □

امضا و تاریخ: .....