

الحساسية

القيء

هل تم فحصهما

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

في النظر

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل يعاني من مشكلة في السمع

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل تعرض الطفل لعمليات ؟

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

٦- التاريخ التعليمي

هل سبق إلحاق الطفل ببرنامج تعليمي أو تأهيلي؟

أحياناً	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ما هو اسم المركز..... ما مدة الالتحاق

ما أسباب تركه للمركز.....

٧- الجانب النفسي والاجتماعي

من هو الشخص الذي ينام مع الطفل

ما معدل ساعات نوم الطفل أثناء الليل

ما هي عاداته أثناء النوم

ما هو المستوى الاقتصادي للأسرة ؟

ضعيف	مقبول	جيد	جيد جداً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ما عدد مرات زواج الأب

هل هناك تفرقة في أسلوب المعاملة بين أفراد الأسرة

هل يعاني الطفل من

هل تعاني الأم من ضغوط نفسية

القلق	العناد	يضرب الآخرين	التوتر	تعكر المزاج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نعم	لا	أحياناً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

علاقة الأم

ما علاقة الأب بالطفل

ضعيفة	مقبولة	جيدة	جيدة جداً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ضعيفة	مقبولة	جيدة	جيدة جداً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

علاقة الأقارب من الأطفال

علاقة الأخوة

ضعيفة	مقبولة	جيدة	جيدة جداً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ضعيفة	مقبولة	جيدة	جيدة جداً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل يخاف الطفل من أشياء معينة؟ ما هي