

هل يعاني الطفل من المشاكل السلوكية التالية :

مص الإصبع	التبول اللاإرادي	الحركة الزائدة	اضطراب النوم	ضعف التركيز والانتباه	اضطراب في الأكل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ما هي البرامج المحببة إليه

هل الطفل انبساطي أم انطوائي ؟

ما هي اليد التي يستخدمها

انبساطي	انطوائي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

يسرى	يمنى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

٨- النطق والتخاطب

متى نطق بالكلمة الأولى ؟

وما هي الكلمات التي ينطقها الآن

هل يلعب مع الأطفال الآخرين ويتحاور معهم ؟

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

هل لديه اضطراب في النطق (يمكن للأخصائية أو الأخصائي الإجابة على هذا السؤال)

هل تلقى الطفل نوع من التدريب في السمع والنطق ؟

هل يعاني من مشاكل في الصوت ؟ في التنفس ؟

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

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

٩- جانب التغذية

هل يعاني الطفل من؟

هل يعاني الطفل من؟

هل يعاني الطفل من؟

فقدان شهية	فرط شهية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الإمساك	الإسهال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

فقدان شهية	فرط شهية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل يعاني من حساسية من أي نوع من أنواع الأطعمة؟

هل يجلس ليأكل الطعام ؟

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

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

هل يشرب الماء بشكل كافي ؟

ما عدد الوجبات التي يتناولها أثناء اليوم؟

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

مرتين	٣ مرات	٤ مرات	أكثر من ذلك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل هناك أطعمة يرفضها ؟ ما هي: