**早期发展情况与家庭背景量表——父母或监护人填写**

**孩子姓名**：  **年龄**：  **性别**： ☐**男** ☐**女**  **日期**：

**针对父母或监护人的指导语：题目P1-P19**询问您孩子早期的发展情况，以及过往和目前的家庭经历。一些问题要求你追溯到孩子出生时的经历。你对于这些问题的回答将会帮助临床工作者更好地理解与关心你的孩子。在回答每一道题目时，请充分运用你对孩子的了解和记忆。您和就诊儿童的关系是？

|  |
| --- |
| **请为每个问题选择1个回答（打√或×）。** |
| ***早期发展*** | 否 | 是 | 不记得 | 不知道 |
| P1 | 他/她的出生是否比预产期提前很多（早产）？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P2 | 他/她出生后，医生是否立即对他/她的身体状况感到担忧？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P3 | 他/她出生后是否不得不进入新生儿重症监护病房？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P4 | 到18个月时，他/她能否独立行走？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P5 | 他/她是否出现过惊厥？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P6 | 他/她是否曾在一次事故后失去意识超过几分钟？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ***早期交流*** |
| P7 | 到2岁时，他/她能否在说话时连词成句？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P8 | 到4岁时，不认识他/她的人能否理解他/她所说的话？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P9 | 你是否担心过他/她的听力或视力？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P10 | 到4岁时，他/她是否对和其他孩子一起玩耍或待在一起很感兴趣？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ***家庭环境*** |
| P11 | 是否存在一段时间他/她无法在家居住，且不得不由其他人来照顾他/她？ | ☐ | ☐ |  | ☐ |
| P12 | 他/她是否曾经因患严重疾病而入院治疗？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P13 | 家中是否有人罹患严重的健康问题？ | ☐ | ☐ |  | ☐ |
| P14 | 家中是否有人存在抑郁问题？ | ☐ | ☐ |  | ☐ |
| P15 | 家中是否有人定期见咨询师、治疗师或其他精神健康专家？ | ☐ | ☐ |  | ☐ |
| P16 | 家中是否有人存在酒精、药品或其他物质滥用问题？ | ☐ | ☐ |  | ☐ |
| P17 | 你是否觉得家中的氛围通常非常平静？ | ☐ | ☐ |  | ☐ |
|  |  | 1个月少于1次 | 1周1次-1月1次 | 每周超过1次 | 大部分时候 |
| P18 | 家中的人出现争吵或打架的频率是多少？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P19 | 当孩子在家时，遭到其他家庭成员当面批评的频率是多少？ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |