

Trường Công Lập Quận Alachua
Giảng dạy học sinh đặc biệt
Quá trình giao tiếp xã hội/Phát Triển

Mọi thông tin sẽ được giữ bí mật

Ngày: _____

Bệnh sử của gia đình

Tên trẻ: _____ Ngày sinh: _____ Nam Nữ
Địa chỉ nhà: _____ Số điện thoại: _____
Số điện thoại: _____ Điện thoại cơ quan của phụ huynh: _____
Trường học: _____ Lớp: _____ Mã học sinh: _____
Người điền mẫu đơn này: Mẹ Bố Mẹ kế Cha dượng
Tên mẹ: _____ Tuổi: _____ Lớp đã hoàn thành: _____
Nghề nghiệp: _____
Tên bố: _____ Tuổi: _____ Lớp đã hoàn thành: _____
Nghề nghiệp: _____
Tên cha dượng/mẹ kế: _____ Tuổi: _____ Lớp đã hoàn thành: _____
Nghề nghiệp: _____
Tình trạng hôn nhân của cha mẹ: _____ Nếu cha mẹ đã ly hôn/ly thân thì trẻ bao nhiêu tuổi? _____
Trẻ có phản ứng hành vi/cảm xúc đáng kể nào không? Có Không
Nếu có, vui lòng ghi rõ: _____
Nếu cả cha lẫn mẹ đều không sống cùng nhà với trẻ thì họ có sắp xếp việc thăm nom không? Có Không
Nếu có, vui lòng giải thích: _____
Anh chị em/Tuổi: _____
Những người khác trong nhà (liệt kê tên/mối quan hệ với trẻ) _____
Ngôn ngữ chính dùng ở nhà: _____ Số năm sống tại Hoa Kỳ: _____
(Các) ngôn ngữ khác dùng ở nhà: _____ Nhận nuôi Có Không
Có người thân nào của trẻ gặp bất kỳ vấn đề nào sau đây không? (Nếu có, vui lòng giải thích)
Vấn đề về lời nói/ngôn ngữ: _____
Khó khăn trong học tập: _____
Khuyết tật về thể chất: _____
Bệnh tâm thần: _____

Thông tin sức khỏe

Vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp

<input type="checkbox"/> Vấn đề về giữ thăng bằng	<input type="checkbox"/> Vấn đề về cảm xúc	<input type="checkbox"/> Khó khăn về trí nhớ	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường
<input type="checkbox"/> Buồn nôn	<input type="checkbox"/> Chấn thương đầu	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao	<input type="checkbox"/> Vấn đề về thị lực
<input type="checkbox"/> Co giật	<input type="checkbox"/> Phối hợp khó khăn	<input type="checkbox"/> Mất ý thức	<input type="checkbox"/> Tật máy giặt
<input type="checkbox"/> Vấn đề về tai	<input type="checkbox"/> Động kinh	<input type="checkbox"/> Kính mắt	<input type="checkbox"/> Hen suyễn
<input type="checkbox"/> Đau đầu thường xuyên	<input type="checkbox"/> Dị ứng	<input type="checkbox"/> Choáng váng	<input type="checkbox"/> Các vấn đề dạ dày
<input type="checkbox"/> Mệt mỏi hoặc yếu ớt	<input type="checkbox"/> Máy trợ thính	<input type="checkbox"/> Sốt cao	<input type="checkbox"/> Khác: _____

Vui lòng giải thích về bất kỳ vấn đề nào nêu trên: _____

Phát triển bệnh/bệnh sử

Trẻ sinh có đủ tháng không? Có Không Thai kỳ: _____ tuần
Sinh non? Có Không Cân nặng khi sinh: _____
Mẹ có được bác sĩ chăm sóc không? Có Không Tiếp xúc với chất kích thích trước khi sinh? Có Không
Câu trả lời "Có" – vui lòng giải thích
Sức khỏe của mẹ trước, trong và sau thai kỳ như thế nào?

Biến chứng khi sinh hay dị tật bẩm sinh? Có Không
Giải thích: _____
Mẹ có tiền sử hút thuốc, uống rượu hay sử dụng ma túy không? Có Không
Giải thích: _____
Có vấn đề gì về ăn, ngủ hay thở không? Có Không
Giải thích: _____

còn tiếp ở mặt sau

Phát triển bệnh/bệnh sử
(tiếp)

Có vấn đề gì đặc biệt trong quá trình tăng trưởng và phát triển ở những năm đầu không? Có Không

Giải thích: _____

Độ tuổi: Trườn bò _____ Đi bộ: _____ Tập đi vệ sinh: _____

Nói từ đầu tiên: _____ Nói câu ngắn: _____

Trẻ có được đánh giá y tế chuyên biệt không? Có Không

Giải thích: _____

Hiện tại, trẻ có gặp vấn đề về sức khỏe không? Có Không

Giải thích: _____

Trẻ hiện có đang dùng thuốc không? Có Không

Giải thích: *(Vui lòng liệt kê)* _____

Có tiền sử bệnh nặng, tai nạn, phẫu thuật, nhập viện không? Có Không

Giải thích: _____

Trẻ đã được tư vấn/trị liệu tâm lý chưa? Có Không

Giải thích: _____

Trẻ có được chăm sóc nuôi dưỡng không? Có Không

Giải thích: _____

Gia đình có liên quan gì đến Ban Trẻ em và Gia đình không? Có Không

Giải thích: _____

Có từng bị lạm dụng dưới bất kỳ hình thức nào không? Có Không

Giải thích: _____

Trẻ có từng bị lưu ban không? Có Không

Giải thích: _____

Trẻ có từng gặp vấn đề về học tập hoặc hành vi ở trường không? Có Không

Giải thích: _____

Tiền sử hành vi

Vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tính khí hờn giận | <input type="checkbox"/> Có vẻ như không vui | <input type="checkbox"/> Dễ dàng từ bỏ |
| <input type="checkbox"/> Khóc quá mức | <input type="checkbox"/> Cổ tính không vâng lời | <input type="checkbox"/> Không/không thể làm theo hướng dẫn |
| <input type="checkbox"/> Sợ hãi bất thường | <input type="checkbox"/> Thời gian chú ý ngắn | <input type="checkbox"/> Chứng thôi thúc |
| <input type="checkbox"/> Vụng về/thường xuyên té ngã | <input type="checkbox"/> Khó ngủ | <input type="checkbox"/> Khó ăn |
| <input type="checkbox"/> Đái dầm/làm bẩn | <input type="checkbox"/> Chạy khỏi nhà | <input type="checkbox"/> Đổ lỗi cho người khác về các vấn đề |
| <input type="checkbox"/> Dễ nản lòng | <input type="checkbox"/> Cô độc | <input type="checkbox"/> Có vẻ như không lắng nghe |
| <input type="checkbox"/> Dễ bị phân tâm | <input type="checkbox"/> Tâm trạng thay đổi | <input type="checkbox"/> Cần giám sát nghiêm ngặt |
| <input type="checkbox"/> Khó rời xa | <input type="checkbox"/> Quá nhạy cảm với những lời chỉ trích | <input type="checkbox"/> Hung hăng/đánh nhau với đứa trẻ khác |
| <input type="checkbox"/> Không thể ngồi yên hoặc bồn chồn | <input type="checkbox"/> Không chơi với đứa trẻ khác | <input type="checkbox"/> Hành vi tự gây thương tích |
| <input type="checkbox"/> Không thích tiếp xúc/tránh tiếp xúc cơ thể | <input type="checkbox"/> Hành vi mang tính nghi thức | <input type="checkbox"/> Thường không hoàn thành công việc |
| <input type="checkbox"/> Ngủ quá nhiều | <input type="checkbox"/> Khó tập trung hoặc chú ý | <input type="checkbox"/> Phóng hỏa |
| <input type="checkbox"/> Thiếu tự tin | <input type="checkbox"/> Thường hành động không suy nghĩ | <input type="checkbox"/> Ít hứng thú hoặc vui thích |
| <input type="checkbox"/> Chạy hoặc trèo lên đồ vật quá nhiều | <input type="checkbox"/> Hành vi/nỗ lực tự tử | <input type="checkbox"/> Chuyển từ hoạt động này sang hoạt động khác một cách quá nhiều |

Bạn nghĩ trẻ cảm thấy thế nào về bản thân? _____

Trẻ có quá nhạy cảm với bất cứ điều gì không? _____

Bạn mô tả thế nào về hành vi của trẻ ở nhà? _____

Trẻ có bất kỳ hành vi bất thường nào không? _____

Trẻ tương tác với bạn bè/anh chị em như thế nào? _____

Bạn mô tả thế nào về tính cách của trẻ? _____

Bạn có muốn bổ sung điều gì khác về hoàn cảnh của trẻ hoặc gia đình không? _____

Tên người phỏng vấn: _____ Ngày: _____

Chức danh của người phỏng vấn: _____