



SWYC中文版问卷 (24个月)

23个月0天——28个月31天

儿童姓名:

性别:

出生日期:

完成日期:

温馨提示:

1. 如果您对孩子的实际能力不太确定而无法选择答案, 您可以先用跟孩子玩游戏的方式对孩子进行测试。
2. 请确保在孩子清醒、愉快、不哭泣、不饥饿的状态下进行测试。
3. 对于每份问卷第一页中的每个问题, 选择“从不”即还未出现或还不会; “有时”即才刚学会但还不熟练或有时会有时不会; “经常”即非常熟练或经常发生。

发育里程碑

以下是一些关于您孩子发育情况的表现。请告诉我们您的孩子做以下事情的频率。若您的孩子现在已经不这么做了, 请选择他/她之前做这件事的频率。请您务必完成**所有**项目。

	从不	有时	经常
说出至少5个身体部位, 如鼻子、手或肚子	0	1	2
能爬上梯子 (如游乐场上的梯子)	0	1	2
使用如“我”或“我的”等此类的词语	0	1	2
双脚跳离地面	0	1	2
把两个或更多的词拼在一起, 如“喝水”或“去外面”	0	1	2
使用词语求助 (会用词语表达希望成人帮助取到东西等)	0	1	2
说出至少一种颜色	0	1	2
说“看我”来尝试让您看向他/她	0	1	2
当被问到时, 他/她会说出自己的名字	0	1	2
画线	0	1	2

学龄前儿科症状检查表 (PPSC)

以下是一些关于您孩子行为情况的表现。请先想想其他同龄儿童的预期表现, 再告诉我们您的孩子出现以下行为情况的频率。

	从不	有时	经常
您的孩子是否会显得紧张或害怕?	0	1	2
您的孩子是否会显得难过或不高兴?	0	1	2
您的孩子是否会因事情没有按照一定的方式完成而不高兴?	0	1	2
您的孩子是否难以适应变化?	0	1	2



	从不	有时	经常
您的孩子是否难以和其他孩子玩耍?	0	1	2
您的孩子是否会故意打破东西?	0	1	2
您的孩子是否会和其他孩子打架?	0	1	2
您的孩子是否很难集中注意力?	0	1	2
您的孩子是否很难平静下来?	0	1	2
您的孩子是否很难坚持做一项活动?	0	1	2
您的孩子是否有攻击性?	0	1	2
您的孩子是否烦躁或坐不住?	0	1	2
您的孩子是否生气?	0	1	2
是否很难带您的孩子到公共场所?	0	1	2
是否很难安抚您的孩子?	0	1	2
是否很难了解您的孩子需要什么?	0	1	2
是否很难让您的孩子遵从一些日常的规律安排?	0	1	2
是否很难让您的孩子听您的话?	0	1	2

社交互动家长观察问卷 (POSI)	一天多次	一天几次	一周几次	一周少于一次	从不
您的孩子会把东西拿出来给您看吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	总是	经常	有时	很少	从不
您的孩子对与其他孩子一起玩耍感兴趣吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
当您说一个词或挥手时, 孩子会尝试模仿您吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
当您叫孩子的名字时, 他/她会看您吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
如果您指向房间内的某样东西时, 孩子会看吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

您的孩子通常如何向您表达他/她想要某样东西?	说一个代表他/她想要的东西的词	用一根手指指东西	伸手去拿东西	把我拉过去或把我的手放在东西上面	发出咕嘟声, 哭或大叫
(请勾选所有合适的选项)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子最喜欢的游戏活动是什么?	和玩偶或毛绒动物玩具玩	和您一起看书	攀爬, 跑和到处走	把玩具或其他东西排成队	看旋转的东西, 如风扇或车轮
(请勾选所有合适的选项)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
登录 www.theswyc.org/posi 查看更多关于POSI的信息 (致谢、效度和其他信息)					



家长担忧	没有	有点	非常
您对孩子的学习或发育情况是否有任何担忧?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
您对孩子的行为是否有任何担忧?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

家庭问题				
由于家庭成员对孩子的发育有重大的影响，因此请回答以下几个关于您家庭情况的问题				
			是	否
1、家里是否有人吸烟?			<input checked="" type="radio"/> Y	<input checked="" type="radio"/> N
2、在过去一年里，与预计相比，您是否更多地饮酒或用药?			<input checked="" type="radio"/> Y	<input checked="" type="radio"/> N
3、在过去一年里，您是否曾想要或需要减少您的饮酒或用药次数?			<input checked="" type="radio"/> Y	<input checked="" type="radio"/> N
4、是否曾有家庭成员的饮酒或用药行为对孩子产生过不良影响?			<input checked="" type="radio"/> Y	<input checked="" type="radio"/> N
5、在过去一个月里，您或家里任何人是否曾因不够钱买食物而挨饿?			<input checked="" type="radio"/> Y	<input checked="" type="radio"/> N
在过去两周内，您曾为以下任一问题所烦恼的频率是?	没有	几天	超过一半以上时间	几乎每天
6、对做事表现出很少的兴趣或兴奋?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3
7、感到低落、抑郁或绝望?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3
	不紧张	有点紧张	很紧张	无法描述
8、总体上，您如何评价您与您配偶之间的关系?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9、您与您配偶解决争吵的难度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>