**病例调查问卷**

亲爱的父母,您已要求在教学心理咨询中心/特殊教育中心对您的孩子接受测试。如果您认真填写这份问卷，会对我们有很大的帮助。我们将对您提供的信息保密，将其用于对您孩子的困难进行全面评估、找到解决方案。如果手工填写问卷，请从提供的选项中圈出最佳答案;如果以电子形式填写问卷，最佳答案请突出显示。请填写其他所有信息。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **孩子的名字:** | |  | | **孩子的姓氏:** |  |
| 出生日期: |  | | | | |
| 以前的居住地（国家），国籍: | | |  | | |
| 目前居住地: | |  | | | |
| 学校、年级: | |  | | | |

**家史**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **孩子的母亲:** | |  | | | | | | | | | | |
| 出生年份: |  | | | | 教育: | |  | | | | | |
| 原始职业: |  | | | 捷克共和国的工作: | | | | |  | | | |
| **孩子的父亲:** | |  | | | | | | | | | | |
| 出生年份: |  | | | | 教育: | |  | | | | | |
| 原始职业: |  | | | | 捷克共和国的工作: | | | | |  | | |
| 父母共同生活：是 – 否 | | |  | | | | | 家庭：完整 – 单亲（离婚、死亡） – 继父（母）家庭 | | | |
| 家庭中其他有助于抚养孩子的人:  (例如，祖父母、保姆） | | | | | |  | | | | | | |
| 孩子的兄弟姐妹（姓名、出生年份、学校、年级）： | | | | | | | | | | |

**目前的家庭情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 父母抵达捷克共和国的日期： | |  | | |
| 儿童抵达捷克共和国的日期： | |  | | |
| 抵达捷克共和国的情况： |  | | | |
| 父母对新环境的适应：好 – 坏（理由）： | | | |  |
| 孩子对新环境的适应：好 – 坏（理由）: | | |  |  |
| 计划在捷克共和国逗留的时间: | |  | | |

**家庭中的交流环境**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 母亲的母语: |  | | | | 父亲的母语: | |  |
| 家庭中使用的语言（按重要性排序）: | | | |  | | | |
| 孩子说的语言: | | 1. |  | | | 水平：基础 – 好 – 非常好 – 母语 | |
|  | | 2. |  | | | 水平：基础 – 好 – 非常好 – 母语 | |
|  | | 3. |  | | | 水平：基础 – 好 – 非常好 – 母语 | |
| 父母的捷克语课程：已参加 – 正在参加 – 计划中 – 没有计划 – 没有必要  孩子的捷克语课程：已参加 – 正在参加 – 计划 中 – 没有计划 – 没有必要  孩子捷克语水平：无 – 入门 – 中级 – 高级 – 精通 | | | | | | | |

**个人历史**

怀孕：没有并发症 – 有并发症 母亲怀孕时的健康状况：好 – 不好

分娩：无并发症 – 并发症 出生：足月 – 早产 …… 天 – 晚产 …… 天

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 孩子的睡眠：安静 – 不安, 经常醒来 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第一句话（何时）: | | | |  | | | | | 说话障碍: | | 是 – 否 | | 言语治疗: | 是 – 否 – 目前在进行 |
| 爬行：是 – 否 | | | 独立行走（何时）: | | | |  | | | | | 运动技能：熟练 – 不熟练 – 笨拙 | | | |
| 住院（原因,时间）: | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 治疗、体检（何时何地）: | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康问题: | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 用药: |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭中的遗传性或精神疾病:  (包括在阅读、写作、运算、说话中的 明显困难，以及反常行为特征） | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 请你描述你的孩子，包括他/她的行为，性格: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 你的孩子在哪一方面突出，他/她的优势是什么？: | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 您孩子最喜欢的自由活动: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 兴趣、体育活动、艺术活动: | | | | | |  | | | | | | | | | |

**学习经历（在读目前学校之前**）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 起 | | | 止 | | | | | 地点 |
| 学前教育机 构 |  | |  |  | | |  |  | | |  | 适应：良好 – 渐进 – 不好 | | | | | |
| 小学就读情况 |  | |  |  | | |  |  | | |  | 毕业年度: | | |  | |
| 中学教育 |  | |  |  | | |  |  | | |  | 毕业年度: | |  | |
| 复读年级：是 – 否 | | 哪一年级: | | |  | 原因：健康 – 成绩不佳 – 语言 – 其他 | | | | | | |  | | | | |

**谢谢您的合作！**