

## SWYC中文版问卷（2个月）

1个月0天——3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 |
|-----------------------|----|----|----|
| 发出声响让您知道他/她是开心的还是不开心的 | 0  | 1  | 2  |
| 看见您时显得很开心             | 0  | 1  | 2  |
| 他/她的视线会追随移动的玩具        | 0  | 1  | 2  |
| 转头找正在说话的人             | 0  | 1  | 2  |
| 当被拉着坐起来时，保持头部稳定       | 0  | 1  | 2  |
| 双手可以在胸前放一起            | 0  | 1  | 2  |
| 笑                     | 0  | 1  | 2  |
| 让孩子坐着时，保持头部稳定         | 0  | 1  | 2  |
| 发出类似“嘎”、“吗”和“吧”的声音    | 0  | 1  | 2  |
| 当您喊他/她的名字时会看您         | 0  | 1  | 2  |

### 婴儿儿科症状检查表 (BPSC)

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 |
|----------------------------|----|----|----|
| 您的孩子是否难以与陌生人共处？            | 0  | 1  | 2  |
| 您的孩子是否难以适应新环境？             | 0  | 1  | 2  |
| 您的孩子是否难以适应变化？              | 0  | 1  | 2  |
| 您的孩子是否介意被其他人抱？（除主要照顾者以外的人） | 0  | 1  | 2  |



|               | 从不 | 有时 | 经常 |
|---------------|----|----|----|
| 您的孩子是否会长时间哭？  | 0  | 1  | 2  |
| 您的孩子是否难以平静下来？ | 0  | 1  | 2  |
| 您的孩子是否易怒？     | 0  | 1  | 2  |
| 您的孩子是否难以被安抚？  | 0  | 1  | 2  |
|               |    |    |    |

|                      | 从不 | 有时 | 经常 |
|----------------------|----|----|----|
| 您的孩子是否难以遵从一些日常的规律安排？ | 0  | 1  | 2  |
| 您的孩子是否难以入睡？          | 0  | 1  | 2  |
| 您是否因为孩子而无法获得充足的睡眠？   | 0  | 1  | 2  |
| 您的孩子是否易醒？            | 0  | 1  | 2  |
|                      |    |    |    |

| 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？ | ○  | ○  | ○  |
| 您对孩子的行为是否有任何担忧？      | ○  | ○  | ○  |

| 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？                            |     |      | Y        | N    |
| 2、在过去一年里，与预计相比，您是否更多地饮酒或用药？            |     |      | Y        | 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？         |     |      | Y        | 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？          |     |      | Y        | 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？        |     |      | Y        | N    |
| 在过去两周内，您曾为以下任一问题所烦扰的频率是？               | 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？                      | 0   | 1    | 2        | 3    |
| 7、感到低落、抑郁或绝望？                          | 0   | 1    | 2        | 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？                 | ○   | ○    | ○        | ○    |
| 9、您与您配偶解决争吵的难度                         | ○   | ○    | ○        | ○    |
|                                        |     |      |          |      |