

نموذج رقم (٢) / المقابلة الثنائية

المكان	اليوم	التاريخ	/ /
اسم الطفل :			
عدد أفراد الأسرة :		ترتيب الطفل في الأسرة :	
أسماء الأخوة :			
أسماء الأخوات :			
مع من يعيش الطفل ؟			
الأشخاص الآخرون في المنزل			
هل سبق لطفلك الالتحاق بحضانة أو روضة أخرى ؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما هي اللعبة المفضلة لديه ؟		مع من يلعب عادة في البيت ؟	
هل لديه مربية تبقى معه في المنزل ؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل نوم هادئ ؟		هل ينام في غرفة خاصة ؟	
كيف يعبر طفلك عن مشاعره ؟		عن مخاوفه ؟	
كيف يعبر عن غضبه ؟			
ما هو طعامه المفضل ؟			
هل لديه حساسية من أي نوع من الأغذية ؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل يعتمد على نفسه في دخول الخلاء ؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل يحتاج إلى تذكير ؟		هل يحتاج إلى تذكير ؟	
كيف يعبر عن حاجته للذهاب إلى دورات المياه ؟			
كيف تتصرفين عندما يحسن طفلك التصرف ؟			
كيف تتصرفين عندما يخطئ طفلك التصرف ؟			
صفات خاصة في طفلك ؟			
ملاحظات :			
هل يعاني طفلك من أمراض مزمنة ؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كان الجواب نعم ما هي هذه الأمراض ؟			
هل يتناول دواء ؟ اسم الدواء :			
وقت تناوله :			
هل يعاني من حساسية ؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كان الجواب نعم ما هي هذه الحساسية			
هل يعاني طفلك تحسس من أي نوع من أنواع الغذاء ؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كان الجواب نعم ما هي هذه الأغذية ؟			
هل لطفلك ملف صحي بأحد المستشفيات ؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في حالة الإجابة نعم ، اسم المستشفى		رقم الملف	

التوقيع على صحة البيانات :