



新生家长调查问卷

尊敬的家长/监护人：

本调查问卷旨在帮助我们尽量了解您的孩子，以便协助他/她成功入学。请增加任何您认为可能有助于达到这一目的的关于您的孩子的任何其他信息。请仅回答使您感到自在的问题。所有的信息都会得到保密。

今天的日期_____

所上学校_____

孩子的全名_____

名

中间名

姓

出生日期_____ 出生地_____

家庭：

填写本表的人 父母/监护人 1 父母/监护人 2 其他人

地址_____ 电话号码_____

父母/监护人 1 的名字_____ 出生日期_____

出生地_____ 职业_____

父母/监护人 2 的名字_____ 出生日期_____

出生地_____ 职业_____

父母状况（即结婚、离婚等）_____

谁拥有法定监护权？_____

如果父母分居，探访另一方父亲/母亲的日程安排是什么？

新生/家长调查问卷

第 2 页

孩子：请在下方按照出生顺序列出您的孩子，从最年长的孩子开始。请在下方包括您为之注册的孩子，在适当的顺序列出这个孩子。

| 姓名 | 性别 | 出生日期 | 学校 | 年级 | 领养/日期 |
|----|----|------|----|----|-------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

家中是否有任何有特殊问题的孩子（例如，医疗、精神、纪律或与学业相关的问题）？如果有，请列出这个孩子，并解释：

是否有其他人住在你们家中？如果有，是谁？多长时间？

孩子以前在日托所和/或幼儿园的经历：

| 地点 | 开始（日期） | 结束（日期） |
|----|--------|--------|
|----|--------|--------|

对孩子说的英语之外的语言：

大多数时间 经常 偶尔

哪一个（哪些）家庭成员用这个语言对孩子说话？

您的孩子的特殊兴趣和活动： _____

可能干扰孩子在学校表现的特殊家庭注意事项包括：

请描述您的孩子的社交技能（交友能力、与其他人相处等）。

您认为您的孩子的最好的学科是什么？ _____

您认为您的孩子最不喜爱的学科是什么？ _____

请描述您的孩子最喜爱的自由活动（阅读、看电视、在户外玩耍等）。

请描述可能干扰您的孩子在学校取得成功的任何问题（学习、社交、情感、身体、家庭等）。

请列出过去五年内的搬家情况： _____

请勾选以下您的孩子有的任何问题：

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 从家中跑走 | <input type="checkbox"/> 广泛性焦虑 |
| <input type="checkbox"/> 夜间尿床 | <input type="checkbox"/> 头痛 |
| <input type="checkbox"/> 发脾气 | <input type="checkbox"/> 胃痛 |
| <input type="checkbox"/> 咬指甲 | <input type="checkbox"/> 害怕/恐惧症 |
| <input type="checkbox"/> 做恶梦 | <input type="checkbox"/> 过度依赖 |
| <input type="checkbox"/> 怨恨 | <input type="checkbox"/> 过度敏感 |
| <input type="checkbox"/> 孤独 | <input type="checkbox"/> 破坏性 |
| <input type="checkbox"/> 多动 | <input type="checkbox"/> 抑郁 |
| <input type="checkbox"/> 严于律己 | |

请针对任何上述状况增加任何您希望提供的信息或评论意见。如有必要，请在背面填写：

睡眠/睡眠习惯：

在合理的时间入睡 是 否

夜间醒来 是 否 梦游 是 否

如果回答“否”，请解释： _____

说梦话 是 否

其他方面：

您的孩子是否：

- 每天看电视超过三小时？ 是 否
- 将电视音响调到很高？ 是 否
- 老是谁“什么？什么？”（what? what?） 是 否
- 坐在离电视屏幕很近的位置？ 是 否

大家庭历史（堂/表兄弟姐妹、叔伯/舅舅、姑妈/姨妈、父母等）：

是否有任何家庭成员有以下状况，如果有，请作出简要解释：

- 长期患病或有先天缺陷 _____
- 肌肉无力 _____
- 癫痫症 _____
- 失明 _____
- 失聪 _____
- 酗酒 _____
- 神经错乱 _____
- 学习困难 _____
- 阅读问题 _____
- 数学问题 _____
- 语言问题（缺陷） _____
- 闭尿 _____

您的孩子是否在其他地方接受过评估？ 是 否
如果是，为什么？在哪里？

我们可以与他们联系吗？ 是 否

如果您希望提供有关您的孩子的任何其他信息，请在此处填写：
