

پرسشنامه ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی برای پذیرش

لطفاً اطلاعات زیر را تا حد ممکن تکمیل کنید. درمانگر مراجعه کننده پاسخ‌های شما را بررسی و شفاف‌سازی خواهد کرد.

نام فرد تکمیل‌کننده این فرم:		نسبت با مراجعه کننده :
نام مراجعه کننده:		تاریخ تولد:
آیا این مراجعه کننده تحت خدمات پرورشی است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله		دلیل خدمات پرورشی: _____ چه مدت و چه زمانی در گذشته؟
وضعیت تاهل والدین: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> هرگز ازدواج نکرده‌اند		
اگر والدین مراجعه کننده طلاق گرفته‌اند، چه کسی قیم قانونی است؟ <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> مشترک <input type="checkbox"/> سایر		
نام مادر:	دوشیزه:	نشانی منزل:
تلفن (منزل/همراه):	تلفن (محل کار):	
نام پدر:		نشانی منزل:
تلفن (منزل/همراه):	تلفن (محل کار):	

1. معرفی مشکل مراجعه کننده

مشکل اصلی شخصی را که اکنون به خاطر آن درخواست کمک می‌دهید، به طور مختصر بیان کنید

2. پیشینه سلامت روانی مراجعه کننده

آیا مراجعه کننده تا بحال به روانپزشک یا درمانگر مراجعه کرده است؟ خیر بله

برای چه مشکل/مشکلاتی یا تشخیص چه بیماری‌هایی؟ _____
تاریخ خدمات مذکور و اطلاعات تماس متخصص سلامت را ارائه دهید.

آیا هیچ‌یک از موارد زیر تا بحال برای مراجعه کننده پیش آمده است؟

فکرهای (زبانی، مکتوب یا غیره) از خودکشی یا خودآزاری در سر داشته است؟ خیر بله. تاریخ/ها: _____

خودکشی نافرجام؟ خیر بله. تاریخ/ها: _____ روش/ها: _____

عمداً به خود آسیب/صدمه زده است؟ خیر بله. تاریخ/ها: _____ روش/ها: _____

به موارد زیر در خصوص مراجعه کننده پاسخ دهید.

مشکلاتی در ابراز و بیان خود دارد خیر بله

در مواقعی از صحبت کردن خودداری می‌کند خیر بله

نسبت به بعضی چیزها مشغولیت ذهنی/ وسواس دارد خیر بله

جنسیتی که هنگام تولد به او تعلق گرفته را نمی‌پذیرد خیر بله

آیا این مراجعه کننده تا بحال داروهای اعصاب و روان با تجویز متخصص مصرف کرده است؟ خیر بله

نام دارو:	تاریخ‌ها؟	واکنش‌های منفی؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله:
-----------	-----------	--

نام دارو:	تاریخ‌ها؟	واکنش‌های منفی؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله:
-----------	-----------	--

نام دارو:	تاریخ‌ها؟	واکنش‌های منفی؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله:
-----------	-----------	--

آیا مراجعه کننده تا بحال تست روانشناختی داده است؟ خیر بله

دلیل انجام تست چه بوده است؟

تاریخ و محل انجام ارزیابی را ذکر کنید.

✓ فهرستی از نام تست‌های انجام‌شده روی مراجعه کننده را (اگر می‌دانید) ارائه دهید و/یا کپی جواب تست‌های روانشناسی را در مراجعه بعدی همراه خود بیاورید.

3. اطلاعات پیشینه خانوادگی

اطلاعات خواهرها و برادرهای مراجعه کننده شامل نام، سن و جنسیت آنها را وارد کنید.

نام	سن	جنسیت	نسبت	نام	سن	جنسیت	نسبت
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> نیمه تنی <input type="checkbox"/> ناتنی			<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> نیمه تنی <input type="checkbox"/> ناتنی
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> نیمه تنی <input type="checkbox"/> ناتنی			<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> نیمه تنی <input type="checkbox"/> ناتنی
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> نیمه تنی <input type="checkbox"/> ناتنی			<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> نیمه تنی <input type="checkbox"/> ناتنی
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> نیمه تنی <input type="checkbox"/> ناتنی			<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> نیمه تنی <input type="checkbox"/> ناتنی

آیا مراجعه کننده فرزندخوانده است؟ خیر بله. اگر جواب بله است، در چه سنی؟ _____

اطلاعات زیر در خصوص وضعیت و معالجات صورت گرفته برای سلامت روانی خانواده را تکمیل کنید.

سوء مصرف مواد مخدر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	خودکشی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مشکلات توجه و تمرکز	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
سوء مصرف الکل	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تلاش به خودکشی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مشکلات یادگیری	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
افسردگی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	افسردگی و شیدایی (اختلال دوقطبی)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اسکیزوفرنی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
بستری شدن در بیمارستان به دلایل روانپزشکی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	داروهای اعصاب و روان	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	درمان/مشاوره برای سلامت روانی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

4. پیشینه رشدی مراجعه کننده

اطلاعات زیر را در خصوص وضعیت بارداری مادر بیولوژیکی تکمیل کنید.

ناکافی بودن مراقبت‌های قبل از زایمان	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مادر مشکلات عاطفی داشته است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
مادر سیگار می‌کشیده است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مادر در معرض دود سیگار بوده است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
مادر کافئین مصرف می‌کرده است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مادر قربانی خشونت بوده است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
مادر مواد مخدر/الکل مصرف می‌کرده است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مادر مشکلات پزشکی داشته است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
مادر دارو مصرف می‌کرده است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مادر در بیمارستان بستری بوده است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
مادر تصادف/جراحت داشته است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	سایر: _____ (مشخص کنید)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

اطلاعات زیر را در خصوص تولد مراجعه کننده تکمیل کنید.

تولد زودرس داشته است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تأخیر در گریه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
وضع حمل دشوار	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	استفاده از اکسیژن یا تزریق خون به نوزاد	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
زایمان وارونه (بریچ)، سزارین یا فورسپس	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	قرار گرفتن نوزاد در انکوباتور	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
دیسترس جنینی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	ماندن نوزاد در بیمارستان پس از ترخیص مادر.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

مشخص کنید مراجعه کننده تجربه تأخیر/مشکل در معیارهای رشدی/رفتاری زیر را داشته است یا نه.

بالا ننگ داشتن سر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آموزش دفع مزاج یا کنترل مثانه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
ایجاد پیوند عاطفی با مادر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	غذا خوردن با قاشق	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
یادگیری نحوه نشستن به تنهایی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بستن بند کفش	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
یادگیری چهار دست و پا رفتن	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	لباس پوشیدن بدون کمک	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
خوابیدن در طول شب	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نوشتن نام خود	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
یادگیری راه رفتن	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	توانایی دوست پیدا کردن یا سازش کردن با آنها	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
یادگیری صحبت کردن	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	سایر: _____ (مشخص کنید)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

مشخص کنید مراجعه کننده تجربه هیچ یک از موارد زیر را داشته است یا نه.

آزار و اذیت فیزیکی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	چه زمانی؟
غفلت (نبودن غذا، سرپناه، لباس)	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	چه زمانی؟
سوء استفاده یا آزار و اذیت جنسی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	چه زمانی؟
آزار و اذیت عاطفی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	چه زمانی؟
شاهد خشونت خانگی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	چه زمانی؟

5. پیشینه تحصیلی مراجعه کننده

مراجعه کننده پایه چندم است؟ پیش دبستانی مهد کودک 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

اگر مراجعه کننده تابحال هریک از خدمات حمایتی زیر را در مدرسه دریافت کرده است یا در حال حاضر دریافت می کند، به آن اشاره کنید.

شغل/ کار درمانی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	پایه تحصیلی؟
فیزیوتراپی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	پایه تحصیلی؟
گفتار درمانی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	پایه تحصیلی؟
کلاس منابع خاص	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	پایه تحصیلی؟
مشاوره	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	پایه تحصیلی؟
معلم خصوصی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	پایه تحصیلی؟
تامین امکانات خاص در آزمون ها	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	پایه تحصیلی؟
تحصیل یک به یک (مثلاً از کمک دبیر)	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	پایه تحصیلی؟
سایر:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	(مشخص کنید)

آیا مراجعه کننده دارای «طرح تحصیلی انفرادی» (IEP) (Individualized Education Plan) یا طرح 504 است؟
 خیر بله. اگر جواب بله است، لطفاً آن را در مراجعه بعدی همراه خود بیاورید.

6. رفتارهای پرخطر مراجعه کننده

مشخص کنید که مشتری در رفتارهای پرخطر زیر دخیل بوده است یا نه.

گنگ ها (باند های جنایتکار)؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	چت/ پیامک سگسی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
استفاده از سلاح؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	رانندگی خطرناک؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
فعالیت جنسی محافظت شده/نشده؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	سایر:	(مشخص کنید) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله

7. پیشینه پزشکی مراجعه کننده

نام پزشک/متخصص اطفال معالج فرد:	شهر:
تلفن مطب متخصص اطفال:	تاریخ آخرین معاینه جسمی:
آیا مراجعه کننده نند/پزشکی دارد که به طور منظم به آن مراجعه می کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تاریخ آخرین معاینه دندان:

آیا مراجعه کننده به موردی از بیماری های زیر مبتلا است؟

نقص های مادرزادی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	مشکل/دشواری در غذا خوردن	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
فشار خون بالا	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	بارداری	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
مشکلات معده	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	مشکل کلیوی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
سرگیجه یا از حال رفتن	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	دیابت	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
آسیب به سر	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	اختلال شنوایی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
آسم، تب یونجه، کهیر، بثورات	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	اختلال بینایی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
آرژری:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	مشکل کمر، عضله یا مفصل	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
جراحی/نیمازی حاد/تصادف	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	هیپاتیت، زردی، یا مشکلات کبدی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
صرع یا تشنج	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	مشکلات هماهنگی بدن/تعادل	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
سرردهای مکرر یا شدید	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	سایر:	(مشخص کنید) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله

آیا مراجعه کننده در حال حاضر دارویی برای مشکلات فوق الذکر مصرف می کند؟ خیر بله

نام دارو:	مشکلی که مراجعه کننده به خاطر آن دارو مصرف می کند؟
(1)	
(2)	
(3)	

آیا مراجعه کننده تاحال در بیمارستان بستری شده است؟ خیر بله. در این صورت، دلیل آن چه بوده است؟ _____
 آیا ایمن سازی ها/واکسن های این مراجعه کننده بهروز است؟ خیر بله

آیا مراجعه کننده به بیماری های قابل انتقال زیر مبتلا است؟

آبله مرغون	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	فلج اطفال	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	سرخچه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مننژیت	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
اوربیون	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	سرخک	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	هیپاتیت	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	سایر:	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
سل	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	انگل ها	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تب روماتیسمی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		

از اینکه این فرم را تکمیل کردید سپاسگزاریم.
 در صورت نیاز به بیان اطلاعات مرتبط بیشتر در خصوص این فرد، از پشت این برگ استفاده کنید.