

نام: نام خانوادگی: سن: جنس: محل زندگی: شهر/روستا: تاهل:

پرسشنامه ارزیابی ASD

برای افراد زیر ۱۵ سال

ردیف	سوال	خیلی کم ۱	کم ۲	زیاد ۴	خیلی زیاد ۵
۱	آیا در حال حاضر ترس و وحشتزدگی دارید؟				
۲	آیا در حال حاضر حالت گوش به زنگی دارید به نحوی که با هر صدایی از جا بپرید؟				
۳	آیا در حال حاضر حالت هایی مثل مات شدن، گریه یا دلهره دارید؟(نام ببرید)				
۴	آیا در حال حاضر مشکل در خوابیدن دارید؟مثل: (بی خوابی، بدخوابی، کابوس دیدن، از خواب پریدن)				
۵	آیا در حال حاضر دردهایی مثل سردرد، دل درد، درد قلب یا سایر اعضا در بدن خود احساس می کنید؟(نام ببرید)				
۶	آیا در حال حاضر مشکلات گوارشی مثل: تهوع، استفراغ، بی اشتها دارید؟ (نام ببرید)				