

Пожалуйста, по каждому утверждению сделайте отметку в соответствующем квадратике: “Неверно”, “Отчасти верно” или “Верно”. Постарайтесь ответить на каждый вопрос как можете, даже если Вы не полностью уверены в ответе или вопрос кажется Вам странным. В своих ответах основывайтесь на поведении ребенка за последние шесть месяцев или за текущий учебный год.

Имя и фамилия ребенка

Мальчик/девочка

Дата рождения.....

	Неверно	Отчасти Верно	Верно
Внимателен/ьна к чувствам других людей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Неугомонный/ая, слишком активный/ая, не может долго оставаться спокойным/ой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто жалуется на головные боли, боли в животе, тошноту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Охотно делится с другими детьми (угощением, игрушками, карандашами и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто испытывает состояние повышенного раздражения, гнева	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Склонен/на к уединению, часто играет один/на	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обычно послушен/на, подчиняется требованиям взрослых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто выглядит беспокойным/ой, озабоченным/ой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пытается помочь, если кто-нибудь расстроен, обижен или болен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Постоянно ерзает и вертится	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеет по крайней мере одного хорошего друга	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто дерется с другими детьми или задирает их	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто чувствует себя несчастным/ой, унылым/ой, готов/а расплакаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обычно нравится другим детям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Легко отвлекается, внимание рассеянное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В новой обстановке нервозный/а, надоедливый/а, легко теряет уверенность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Добр/а к младшим детям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто врет, обманывает	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие дети дразнят или задирают его/ее	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто вызывается помочь другим (родителям, учителям, детям)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хорошенько подумает, прежде чем действовать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Крадет вещи из дома, из школы, из других мест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Более успешные отношения со взрослыми, чем с детьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Характерны страхи, легко пугается	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Выполняет задания от начала до конца, внимателен/ьна и сосредоточен/а	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Есть ли у Вас еще какие-то замечания или проблемы?

Пожалуйста, переверните страницу, на другой стороне еще несколько вопросов

В целом, считаете ли Вы, что у Вашего ребенка имеются трудности в одной или нескольких из следующих областей: настроение, внимание, поведение, отношения с другими людьми?

Нет	Да - небольшие трудности	Да - определенные трудности	Да - серьезные трудности
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вы ответили «Да», пожалуйста, ответьте на следующие вопросы об этих трудностях:

- Как давно эти трудности появились?

Менее месяцев	1-5 месяцев	6-12 месяцев	Более года
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Эти трудности расстраивают и огорчают Вашего ребенка?

Ничуть	Только немного	Довольно сильно	Очень сильно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Эти трудности мешают в повседневной жизни Вашего ребенка в следующих сферах?

	Ничуть	Только немного	Довольно сильно	Очень сильно
ДОМАШНЯЯ ЖИЗНЬ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ДРУЖЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
УЧЕБА В ШКОЛЕ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ЗАНЯТИЯ В СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Эти трудности обременяют Вас или семью в целом?

Ничуть	Только немного	Довольно сильно	Очень сильно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Подпись

Дата

Мать/Отец/Другое лицо (пожалуйста, поясните:)

Большое спасибо за помощь!