



# Kiểm Tra về Đủ Điều Kiện Bản Phỏng Vấn/Câu Hỏi cho Phụ Huynh

Văn Phòng Giáo Dục Đặc Biệt và Dịch Vụ Học Sinh  
Ban Giáo Dục Đặc Biệt  
CÁC TRƯỜNG CÔNG LẬP QUẬN MONTGOMERY  
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 336-22  
Tháng 2, 2016  
Trang 1 của 3

## PHẦN I-THÔNG TIN

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Tên Học sinh _____<br>Họ _____ Tên _____ Tên Lót _____        | Số ID Học Sinh _____           |
| Phụ huynh/Giám hộ _____                                       | Điện Thoại Nhà _____-____-____ |
| Địa Chỉ _____   | Điện Thoại Sở _____-____-____  |
| Trường Hiện Thời _____ Trường Thuộc Khu Nhà _____             | Ngày Sinh ____/____/____       |
| Giáo Viên Dạy Lớp/Chủ Nhiệm _____                             | Tuổi _____                     |
| Mẫu Được Điền bởi _____<br>Tên _____ Chức vụ _____ Ngày _____ | Lớp (năm/tháng) _____          |
|   | Ngôn Ngữ Chính _____           |

## PHẦN II- DỮ KIỆN GIA ĐÌNH

| LIÊN HỆ | TUỔI  | HỌC VẤN | NGHỀ NGHIỆP (NẾU THÍCH HỢP) |
|---------|-------|---------|-----------------------------|
| _____   | _____ | _____   | _____                       |
| _____   | _____ | _____   | _____                       |
| _____   | _____ | _____   | _____                       |
| _____   | _____ | _____   | _____                       |
| _____   | _____ | _____   | _____                       |
| _____   | _____ | _____   | _____                       |
| _____   | _____ | _____   | _____                       |

Quý vị có bất cứ lo ngại nào về con quý vị không?  Có  Không Nếu có, xin giải thích:

Có người nào khác trong gia đình mà đã trải qua những khó khăn về học vấn không?  Có  Không Nếu có, xin giải thích:

Người mẹ có bất cứ vấn đề sức khỏe nào trong khi mang thai không?  Có  Không Nếu có, xin giải thích:

Trọng lượng khi sanh: \_\_\_\_\_ Pounds \_\_\_\_\_ Ounces Điểm Số Apgar: \_\_\_\_\_ 1-phút \_\_\_\_\_ 5-phút

Có bất cứ điều nào sau đây xảy ra trong khi sanh không?

- Sinh thiếu tháng  Truyền máu  Mổ Caesarean  Sinh ngược  Đau đẻ kéo dài  Vấn đề với dưỡng khí  
 Không tương thích máu (Yếu tố RH)  Bào thai bị mệt

Những vấn đề và/hay mối quan tâm khác khi sanh:

Đứa trẻ có khó khăn nào khi học ăn, ngủ, ngồi, đi hay nói không?  Có  Không Nếu có, xin giải thích:

Đứa trẻ có từng trải qua bất cứ sự kiện chấn thương nào như cái chết của một người thân trong họ, ly dị, khủng hoảng trong gia đình hay không?  Có  Không Nếu có, xin giải thích:

### PHẦN III- LỊCH SỬ Y TẾ

- Khuyết điểm thể chất  Thường hay bị cảm  Dị ứng  Các vấn đề về ngôn ngữ  Các vấn đề về mắt  
 Thường hay đau họng  Xuyễn  Các vấn đề về chế độ ăn uống  Các vấn đề về tai  Nhức đầu  Động kinh  
 Tai nạn trầm trọng hay bị thương  Mổ  Bệnh tim  Tiểu đường  Sốt trên 104°  Khác \_\_\_\_\_

Mô tả bất cứ vấn đề nào đã được đánh dấu ở trên:

Đứa trẻ có bao giờ phải nằm bệnh viện không?  Có  Không Bao lâu \_\_\_\_\_ Tuổi lúc đó \_\_\_\_\_

Lý do

Đứa trẻ hiện có đang được điều trị hay uống thuốc không?  Có  Không Nếu có, xin giải thích:

Quý vị thẩm định sức khỏe tổng quát của đứa trẻ như thế nào?  Rất tốt  Tốt  Khá  Kém

**PHẦN IV- ĐẶC ĐIỂM XÃ HỘI/HÀNH VI**

Xin đánh dấu vào bất cứ hành vi nào sau đây mà mô tả em trẻ:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Linh động               | <input type="checkbox"/> Sáng tạo                               | <input type="checkbox"/> Thiếu tự chủ   |
| <input type="checkbox"/> Cởi mở                  | <input type="checkbox"/> Đái dầm                                | <input type="checkbox"/> Hay thay đổi tâm tính bất ngờ                        |
| <input type="checkbox"/> Hay lo ra               | <input type="checkbox"/> Mút ngón tay                           | <input type="checkbox"/> Thái độ luôn bất thường                              |
| <input type="checkbox"/> Mơ mộng                 | <input type="checkbox"/> Cắn móng tay                           | <input type="checkbox"/> Luôn cần sự chấp thuận hay trấn an                   |
| <input type="checkbox"/> Hợp tác                 | <input type="checkbox"/> Thích máy móc                          | <input type="checkbox"/> Hay gây sự với người khác một cách không bình thường |
| <input type="checkbox"/> Có nhiều ác mộng        | <input type="checkbox"/> Hiếu động                              | <input type="checkbox"/> Nhút nhát hoặc lãnh đạm một cách không bình thường   |
| <input type="checkbox"/> Hay nổi giận            | <input type="checkbox"/> Thể thao                               | <input type="checkbox"/> Có khó khăn hoàn tất bài làm và sinh hoạt            |
| <input type="checkbox"/> Sợ hãi vô lý            | <input type="checkbox"/> Khả năng nhạc                          | <input type="checkbox"/> Khó khăn với sự thay đổi trong lễ thói               |
| <input type="checkbox"/> Nhanh trí               | <input type="checkbox"/> Đu đưa người                           | <input type="checkbox"/> Có khó khăn tổ chức                                  |
| <input type="checkbox"/> Nhiều tưởng tượng       | <input type="checkbox"/> Thiếu hoạt động                        | <input type="checkbox"/> Tránh né đọc sách                                    |
| <input type="checkbox"/> Có óc mỹ thuật          | <input type="checkbox"/> Tự tin                                 | <input type="checkbox"/> Có khó khăn về xem giờ                               |
| <input type="checkbox"/> Hay nói dối             | <input type="checkbox"/> Thích đọc sách                         |   |
| <input type="checkbox"/> Tránh làm bài tập nhà   | <input type="checkbox"/> Thường xuyên trễ                       |   |
| <input type="checkbox"/> Không hợp tác           | <input type="checkbox"/> Không có vẻ hiểu câu hỏi hay hướng dẫn |   |
| <input type="checkbox"/> Hay nói chuyện một mình | <input type="checkbox"/> Có khó khăn về kết bạn và giữ bạn      |   |
| <input type="checkbox"/> Mộng du                 | <input type="checkbox"/> Có khó khăn dùng số                    |   |
| <input type="checkbox"/> Thiếu động lực          |   |   |

Bình luận về bất cứ tính tình nào mà đặc biệt làm cho quý vị quan tâm:

Con quý vị có bất cứ cuộc thăm định nào khác mà trường có thể không được biết không?

- Học vấn  Tâm lý  Y tế  Khác \_\_\_\_\_

Giải thích (điều gì, khi nào, bởi ai)

Con quý vị quan tâm đến những gì?

Em làm những gì thật giỏi?

Quý vị thích điều gì nhất về con quý vị?

Quý vị nghĩ nhà trường có thể giúp con quý vị như thế nào?

Có thêm thông tin nào mà quý vị nghĩ là sẽ giúp chúng tôi hiểu con quý vị nhiều hơn không?

Thông tin lấy từ

Tôi hiểu là thông tin này sẽ được dùng để xác định xem con tôi có một khuyết tật về học vấn nào không. Tài liệu này sẽ được giữ trong hồ sơ kín của con tôi.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký, Người Phỏng vấn

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký, Phụ huynh/Giám hộ

\_\_\_\_\_  
Ngày