

## PARENT QUESTIONER

Dirujuk oleh (bila ada) :.....tanggal.....

### Data Anak

Nama anak	
Nama panggilan anak	
Jenis kelamin	Laki/perempuan
Tempat/tanggal lahir	
Umur sekarang	

### Data Orangtua

Nama ayah	
Usia ayah	
Agama	
Suku bangsa	
Pernikahan ke	
Pernikahan 1 pada usia	
Pendidikan terakhir	
Pekerjaan	
HP ayah	
Email ayah	

Nama ibu	
Usia ibu	
Agama	
Suku bangsa	
Pernikahan ke	
Pernikahan 1 pada usia	
Pendidikan terakhir	
Pekerjaan	
HP ibu	
Email ibu	

Nama saudara kandung	Usia	Jenis kelamin	Kelas	Special need (jika ada)

### Bila anak sudah sekolah

Nama sekolah	Kelas	Nama guru	Telp

**Diagnosa diberikan oleh (jika pernah):**

Nama dokter/ahli	Diagnosa	Tanggal/usia anak saat di diagnosa

**Terapi yang telah / sedang dilakukan:**

Jenis terapi	Nama terapis/klinik	Telp	Tanggal mulai	Durasi / minggu

**Keluhan** :.....  
.....

Bagaimana kesan anda terhadap perilaku anak secara keseluruhan?	
Kegiatan / permainan apa yang menjadi hobby / favorit anak?	
Apa kelebihan yang dimiliki anak?	
Apa kekurangan yang dimiliki anak?	
Apa yang anda harapkan dari proses pemeriksaan ini?	

### Riwayat Kehamilan Ibu

Usia ibu ketika hamil?	
Apakah ibu pernah mengalami keguguran?	
Apakah ibu mengalami stres psikologi, sakit, atau komplikasi selama kehamilan?	
Apakah ibu mengonsumsi obat-obatan selama kehamilan?	
Berapa penambahan berat ibu selama masa kehamilan?	
Hasil pemeriksaan TORCH?	

### Riwayat Kelahiran Anak

Apakah ada komplikasi / kesulitan selama proses kelahiran?				
Bagaimana proses persalinan?	Spontan	Forceps	Vacuum	c-section cesar
Usia kandungan ketika lahir?				
Kondisi saat lahir	Berat badan .....gram	Panjang badan .....cm	Lingkar kepala .....cm	Skor APGAR .....
Apakah bayi langsung menangis saat lahir?				
Apakah bayi mendapatkan perawatan khusus di rumah sakit/ di rumah setelah masa kelahiran?				

### Status Kesehatan Anak

Apakah anak pernah mengalami penyakit serius?		
Apakah anak anda pernah mengalami benturan di kepala?		
Apakah anak pernah dirawat di rumah sakit?		
Apakah anak pernah atau sedang mendapatkan pengobatan jangka panjang?		
Apakah anak mempunyai riwayat alergi?		
Apakah anak pernah mengalami infeksi di telinga?		
Apakah anak sedang melakukan diet / suplemen tertentu?		
Apakah anak mengenakan kacamata?		
Apakah anak memiliki riwayat kejang?		
Apakah anak pernah melakukan tes	Pendengaran  Hasil: Tgl tes: Dokter:	Penglihatan  Hasil: Tgl tes: Dokter:

### Riwayat Perkembangan Anak

Pada usia berapakah anak mencapai pada tahap perkembangan berikut? Sebutkan dalam bulan				
Tengkurap	Duduk	Merangkak	Berdiri	Berjalan
.....	.....	.....	.....	.....
Bubling/"ngoceh"	Mengucapkan kata pertama	Mengulang kata /echolalia	Mengucapkan kalimat pertama	
.....	.....	.....	.....	
Apakah ada masalah perkembangan yang muncul pada usia 0-2 tahun?				

### Pola Tidur

Pukul berapa anak bangun pagi?	
Bagaimana suasana hati anak saat bangun pagi?	
Jam berapa anak tidur malam?	
Jam berapa anak mulai mengantuk (malam hari)?	
Apakah anak memiliki gangguan pola tidur?	
Dimana anak tidur?	<input type="checkbox"/> Tidur di kamar sendiri <input type="checkbox"/>
Berapa kali dalam semalam anak terbangun?	
Apa yang anak kerjakan saat terbangun?	
Apa yang anda lakukan untuk membuat anak tertidur kembali?	
Jelaskan kegiatan rutin yang anda lakukan untuk membuat pola tidur anak teratur?	
Usia berapa anak mulai memiliki jam tidur teratur?	
Apakah anak memiliki kecenderungan pola tidur yang terlalu sedikit atau terlalu banyak?	
Apakah anak memerlukan tidur siang?	
Apakah ada aktivitas yang rutin dilakukan sebelum tidur?	
Apakah yang terjadi jika rutinitas sebelum tidur tidak terpenuhi?	

## Pola Makan

Apakah anda memberikan ASI Eksklusif pada anak semasa bayi?							
Jika semasa bayi, anak minum susu dari botol, apakah terlihat adanya kesulitan?							
Apakah anak memiliki kemampuan sedot yang kuat di masa bayi?							
Apakah ada riwayat sering muntah, tersedak (reflux)?							
Apakah anda memiliki riwayat masalah nafsu makan atau sulit menaikkan berat badan?							
Apakah anak memiliki gangguan pernafasan?							
Pada usia berapa anak dapat melakukan kegiatan berikut ini sendiri (tanpa bantuan orang lain)	Aktivitas		Bantuan (centang salah satu)			Keterangan	
			Dibantu	Diawasi	Mandiri		
	Makan dengan tangan						
	Makan dengan sendok						
	Makan dengan sendok garpu						
Minum dari gelas							
Apakah anak mempunyai kecenderungan menghindari / memilih makanan berdasarkan karakteristik tertentu?	Warna	Variasi makanan	Suhu	Tekstur	Renyah	Kenyal	Mixed food texture
Apakah anak kesulitan dalam mencerna makanan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengunyah: .....</li> <li>- Sedot menggunakan sedotan:.....</li> <li>- Menelan makanan:.....</li> </ul>						
Berapa lama anak dapat duduk saat makan?							
Apakah rutinitas yang dapat membantu anak untuk makan (makanan pokok)?							
Apakah yang terjadi bila							

rutinitas tidak dapat dilakukan?	
----------------------------------	--

### Grooming dan Self Care (rawat diri)

Apakah anak mengalami kesulitan dalam aktivitas rawat diri?								
Dicapai pada usia:	Sikat gigi	Mandi	Keramas	Menyisir rambut	Membersihkan wajah	Potong rambut	Potong kuku	Buang ingus
Apakah rutinitas yang dapat membantu anak melakukan aktivitas rawat diri?								
Apakah yang terjadi jika rutinitas tersebut tidak dapat dilakukan?								
Apakah anda khawatir dengan kemampuan rawat diri anak?								
Jenis pakaian yang dapat dikenakan secara mandiri?	Kaos	Celana dalam	Celana pendek / panjang			Sepatu	Kaos kaki	
Dicapai diusia:								
Jenis pakaian yang dapat dilepas secara mandiri?	Kaos	Celana dalam	Celana pendek / panjang			Sepatu	Kaos kaki	
Dicapai diusia:								

Apakah rutinitas yang dapat membantu anak dalam melakukan aktivitas memakai baju?	
Apa yang terjadi bila rutinitas tersebut tidak dapat dilakukan?	

### Toilet Training (Buang air kecil BAK dan besar BAB)

Apakah anak dapat secara mandiri melakukan BAK?		Ya Pada usia berapa?
---	--	-------------------------

Apakah anak dapat secara mandiri melakukan BAB?		Ya Pada usia berapa?
Adakah rutinitas yang dapat membantu anak dalam melakukan aktivitas BAB/BAK?		
Apa yang terjadi jika rutinitas tersebut tidak dapat dilakukan?		

### Interaksi sosial

Siapa yang mengasuh/menjaga anak disaat orangtua tidak dirumah/bekerja?	
Apakah anak menunjukkan perilaku agresif?	
Apakah anak menunjukkan perilaku temper tantrum (marah secara berlebihan)?	
Apakah anak mengalami kesulitan berpisah dengan orangtua/pengasuh?	
Bagaimana interaksi anak dengan saudara kandung?	
Bagaimana interaksi anak dengan teman sebaya?	
Apakah anak menunjukkan kesulitan berinteraksi dengan kelompok?	
Bagaimana perilaku bermain anak di rumah?	
Apakah anda khawatir dengan kemampuan anak dalam berinteraksi?	

### Sekolah

Sebutkan jenis sekolah anak?	Inklusi	SLB	Regular (nasional)	Regular (international)
Apakah anak mempunyai masalah perilaku di sekolah?				
Adakah keluhan dari guru mengenai perilaku dan atau kemampuan akademik anak di sekolah?				
Adakah keluhan dari teman sebaya mengenai perilaku				

dan atau kemampuan akademik anak di sekolah?	
Bagaimana kemampuan anak dalam mengikuti pelajaran?	
Adakah anda khawatir dengan kemampuan belajar anak?	

**Jadwal Harian**

1. Mohon diisi jadwal kegiatan anak sehari-hari, mulai dari bangun tidur sampai malam menjelang tidur
2. Berikan tanda (+) pada aktivitas yang disukai anak
3. Berikan tanda (-) pada aktivitas yang tidak disukai anak

Jam	Kegiatan