**父母问卷：1个月年龄 (1 hónapos)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 是，经常（频繁、大多数） | 偶尔（有时，不典型，但偶尔发生） | 尚未 |  | 儿童护士是否经历过：经历过/未经历 |
| 1、是否趴着时时抬头，然后把头转过来？ |  |  |  |  |
| 2、是否双边四支都同样有动作？ |  |  |  |  |
| 3、是否安静的时候有个突然的声音会有反应？（突然关门、钥匙掉下、打喷嚏等） |  |  |  |  |
| 4、强烈光亮下眼睛是否有反应？（开灯、阳光） |  |  |  |  |
| 5、根据他/她的心情（肚子饿了、疲劳了、痛疼等）哭的声音是否有变化？ |  |  |  |  |
| 6、是否可以用吃奶（营养）、安慰、唱歌、摸摸可以让小孩安静？ |  |  |  |  |
| 7、是否正常吃奶、用奶瓶好？（接触嘴唇的话是否开嘴巴、吃奶的时候是否做吸奶和吞下的动作？）奶不从他/她的嘴巴流出、不咳嗽？ |  |  |  |  |
| 8、是否有个日常活动？（在一定的时间睡觉、醒过来、吃奶等） |  |  |  |  |