**父母问卷：2个月年龄(2 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、是否躺着头两边都转？ |  |  |  |  |
| 2、是否趴着抬头两边都转？ |  |  |  |  |
| 3、比较近的话（25-30厘米）有玩具、人的面孔是否有反应？ |  |  |  |  |
| 4、脸前慢慢有玩具的动作的话是否会跟着看？ |  |  |  |  |
| 5、若附近有说话的人是否在没看到人的脸也有反应？（比如：不哭了、安静的时候听到人说话四肢开始动作等。） |  |  |  |  |
| 6、手指是否有动作，双手的手指是否同样动作？ |  |  |  |  |
| 7、躺着是否会发现自己的手？ |  |  |  |  |
| 8、是否会长叫？（如*óóó、ááá、gííí、hemmmm*） |  |  |  |  |
| 9、如果对婴儿说话，是否也叫？ |  |  |  |  |
| 10、如果您微笑，是否也会微笑？（安静时如果看到人微笑，是否婴儿也会微笑？） |  |  |  |  |
| 11、如果看到母亲的乳房或奶瓶，是否知道：马上可以吃奶了？（比如：做不安静的动作，或着急地声音？） |  |  |  |  |
| 12、深夜睡觉比白天多一点？ |  |  |  |  |