

**♥ 아동 청소년 Background Information ♥**

 오늘 날짜:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**<Identifying Information>**

|  |  |
| --- | --- |
| 자녀 이름 (영문과 한글) | 생년월일:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 나이:\_\_\_\_\_\_성별: 남자\_\_\_\_\_ 여자\_\_\_\_\_ |
| 부모/보호자 성함: |
| Home Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_Cell Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_Work:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_Email Address: OK to email: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_ |
| Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  OK to send letters: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_ |
| Ethnicity: African American ( ), Asian ( ), Bi-racial ( ), Caucasian ( ) Hispanic/Latin ( ) Native American ( ), Other(explain)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| School: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grade Level (Now):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_School Teacher:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ School Telephone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_School Address: |
| 응급 상황 시 연락처:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_이름:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 관계:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 아동이 친부모와 현재 살지 않는다면, 부모님이 돌아가셨나요?\_\_\_\_\_\_, 그렇다면 아동이 몇 살 때 부모님이 돌아가셨나요? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 살, 왜, 어떻게 돌아가셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 친부모님은 결혼을 하셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 현재 자녀 양육권으로 논쟁 중(custody dispute) 이신가요?: No\_\_\_\_\_, Yes\_\_\_\_\_ if yes, explain |
| 친부모는 이혼/별거하셨나요?\_\_\_\_\_\_\_ 그렇다면 언제, 왜?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_당시 아동의 나이는 몇 살 이였나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 어느 부모가 자녀 양육권이 있나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_양육권이 없는 부모는 종종 아동을 보러 오시나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 첫 번째 상담 전에 이혼증명서/법정 서류를 제출해야 합니다. 제출하셨다면 “Addendum To Child Therapy Contract” 을 서명하시기 바랍니다. Signed: Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ |

**<Referral Information>**

1. 저희 상담소는 어떻게 알고 오셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 자녀가 현재 보호 관찰(probation) 중 인가요? No \_\_\_, Yes \_\_\_, Retained: No \_\_\_, Yes\_\_\_
3. 자녀가 특수 교육(special education) 이나 다른 서비스를 받고 있나요? No \_\_\_, Yes \_\_\_
4. 자녀가 이전에 심리 검사, 치료, 및 정신과 의사에게 상담을 받은 적이 있나요? Y/N:\_\_\_

어디서 받으셨나요? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 언제:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 얼마 동안:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 어떤 상담, 또는 심리검사나 평가?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(If yes, please attach a copy of evaluation to this questionnaire)

이전의 치료사와의 치료 논의를 위한 의사소통을 하게끔 허락을 해주시겠습니까? Yes:\_\_\_\_\_, No:\_\_\_\_\_

 (If yes, please sign attached “Authorization to request confidential information” form)

1. 자녀에 대하여 어떤 면이 가장 큰 기쁨을 주나요?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 자녀에 대한 어떤 걱정거리가 있나요?, 문제 행동이 언제 시작되었으며 문제 행동을 해결하기 위하여 어떻게 노력하셨나요?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 현재 자녀의 문제가 얼마나 심각한 지를 “X” 표로 나타내 주세요:

\_\_\_\_\_ 약간 심각함

\_\_\_\_\_ 어느 정도로 심각함

\_\_\_\_\_ 아주 심각함

\_\_\_\_\_ 대단히 심각함

1. 얼마나 자주 문제 행동이 일어나나요? (5번/하루, 2번/1주일, 등등)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 얼마나 오랫동안 이런 문제행동을 나타내었나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 자녀의 문제가 가정에서, 학교에서, 또는 또래 관계에서 어떤 영향을 미치나요?

\_가정:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_학교:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_또래관계\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. 자녀를 돕기 위해서 제가 꼭 알아야 할 것은 무엇인가요?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. 상담을 통해서 어떤 목적을 달성하고 있으신가요?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. 그밖에 제가 알아야 할 것은 무엇이 있나요?

<**Background Information>**

**일반 사항**

1. 아동의 현 가족 상황:

|  |
| --- |
| 어머니 혼자 계심 \_\_\_\_\_, 아버지 혼자 계심 \_\_\_\_\_, 두 부모님과 함께 계심 \_\_\_\_\_, Foster family\_\_\_\_\_ 친 어머니와 양 아버지 \_\_\_\_\_, 친 아버지와 양 어머니 \_\_\_\_\_, 재혼 가정 \_\_\_\_\_, 친척 \_\_\_\_\_,  입양 부모 \_\_\_\_\_ (입양시기:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 입양 시 자녀의 나이는: ), 기타: |

1. 현재 가족들을 나이가 많은 순서부터 기입해 주십시오. 상담 받는 아동도 기입하여 주십시오.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 이름 | 생년월일 | 나이 | 성별 | 상담 받는 아동과의 관계 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. 현재 아동과 함께 살고 있지는 않지만 친한 관계에 있는 사람들을 적어주십시오. (예., 성장하여 혼자 사는 형제, 자매들, 할아버지, 할머니, 선생님, 삼촌, 이모, 고모, 같은 종교 단체 내에 있는 친한 사람들 등등)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 이름 | 아동과의 관계 | 거주지 | 방문 횟수 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 현 주소지에서 얼마 동안 오래 사셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 상담 받을 아이가 태어난 후에 얼마나 자주 이사를 하셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 아이가 다른 사람과 방을 같이 쓰나요? 예\_\_\_, 아니오\_\_\_ 예라면, 누구와 함께 쓰나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 아동이 다른 형제, 자매들과 갈등이 있나요? 있다면, 어떤 갈등이 있나요? (구체적으로 기입해주세요)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_아동이 가족과 떨어져서 산 적이 있나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_, 예라면 어디서, 언제, 누구와 살았나요?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

떨어져 산 이유가 무엇인가요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 아동이 경찰서나 법원에 간 적이 있었나요? 있었다면, 어떤 상황이었나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_아동의 상담 치료에 적용하길 원하시는 문화적인 또는 종교적인 가치와 믿음을 적어주세요. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**어머니에 대한 사항들**

|  |  |
| --- | --- |
| 어머니 성함: | 생년월일:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 연령:\_\_\_\_\_\_\_\_직업: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Home Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_Cell Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_Work:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_ |
| 주소 (아동의 주소가 다르다면 기입해주세요): |
| 교육 수준: 중졸 ( ), 고졸 ( ), 전문대 졸 ( ), 대학교 졸 ( ), 대학원 (석사) 졸 ( ),  대학원 (박사) 졸 ( ), 박사 후 과정 졸 ( ) |
| 결혼 관계: 결혼하지 않음 ( ), 결혼함 ( ), 재혼함 ( ), 이혼함 ( ), 별거함 ( ),  미망인 ( ), 결혼 한 횟수 ( )  |

**아버지에 대한 사항들**

|  |  |
| --- | --- |
| 아버지 성함: | 생년월일:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 연령:\_\_\_\_\_\_\_\_직업: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Home Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_Cell Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_Work:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_ |
| 주소 (아동의 주소가 다르다면 기입해주세요): |
| 교육 수준: 중졸 ( ), 고졸 ( ), 전문대 졸 ( ), 대학교 졸 ( ), 대학원 (석사) 졸 ( ),  대학원 (박사) 졸 ( ), 박사 후 과정 졸 ( ) |
| 결혼 관계: 결혼하지 않음 ( ), 결혼함 ( ), 재혼함 ( ), 이혼함 ( ), 별거함 ( ),  미망인 ( ), 결혼 한 횟수 ( )  |

**부모 히스토리**

|  |
| --- |
| 부모님들이 학습, 정서, 행동적인 문제들이 있으셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |
| 부모님들이 술, 담배, 약물 남용 문제들이 있으셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |
| 부모님들이 가정 폭력/싸움들이 있으셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |
| 부모님들이 범법 행위를 하셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |
| 부모님들이 성폭력, 언어적 학대, 정서적 학대를 받으셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |

**아동의 가족 히스토리**

1. 아동을 누가 양육하시나요?:

\_\_\_\_\_ 부모, \_\_\_\_\_\_어머니 또는 아버지 혼자, \_\_\_\_\_\_할아버지 또는 할머니, \_\_\_\_\_입양 부모 \_\_\_\_\_\_재혼 부모, \_\_\_\_\_\_Foster parents, \_\_\_\_\_Institution, \_\_\_\_\_친척, \_\_\_\_\_\_기타 ( )

1. 다음의 사항들을 보시고 **현재** 가족들이 또는 자녀들이 겪고 있는 사항들에 “X” 표 하세요:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 부부 관계의 문제 |  | 최근에 이사함/ 잦은 이사 |
|  | 부부간의 학대 |  | 가족과 떨어짐 (감옥에 감) |
|  | 부모의 이혼/별거 |  | 경제적인 금전 문제 |
|  | 부모, 아이들의 심각한 질환(구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |  | 아동 신체적인, 성적인, 정서적인 학대 와 방임(구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  |
|  | 가족원의 심각한 사고 또는 신체적인 disability  |  | 어머니 또는 아버지가 혼자 키우시는 가정 |
|  | 새 아이의 출생Birth of new child |  | 직업 상실 |
|  | **가족원의 죽음** |  | 부모의 잦은 싸움과 언쟁 |
|  | 가족원의 부재 (구체적으로: ) |  | 가족원의 자살 (구체적으로: )  |

1. 다음의 사항들을 보시고 현재 가족들이나 친척들이 겪었던 사항들에 “X” 표 하세요.

|  |  |
| --- | --- |
| Concern | 자녀와의 관계 (구체적으로, 이모, 고모, 친 삼촌, 외할머니, 친할아버지 등) |
|  | 자폐증 |  |
|  | 학습 장애 |  |
|  | 정신 지체 |  |
|  | 선천성 장애 |  |
|  | 암 |  |
|  | 당뇨 |  |
|  | 주의력 결핍 과잉행동 장애 (ADHD) |  |
|  | 알코올 중독 |  |
|  | 약물 중독 |  |
|  | 우울증 |  |
|  | 조울증 |  |
|  | 자살 시도, 자살 충동, 또는 자살 |  |
|  | 불안 |  |
|  | 공포 (구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |
|  | 정신병으로 입원 |  |
|  | 고혈압 |  |
|  | 콜레스테롤이 높다 |  |
|  | 심장병 |  |

1. 아동학대와 방임을 경험한 적이 있다 (경험한 모든 것에 “X” 표 하세요):

 \_\_\_\_\_신체적 학대, \_\_\_\_\_정서적 학대, \_\_\_\_\_\_성적 학대, \_\_\_\_\_\_방임, \_\_\_\_\_\_\_상실과 잃음

 \_\_\_\_\_Multiple placements, \_\_\_\_\_\_유기, \_\_\_\_\_부모와 떨어져 지냄 (언제, 얼마나 오랫동안, 왜\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_가족이나 친지, 또는 친한 사람의 죽음 (누가, 왜:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 아동과의 관계:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 사망한 날짜\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_동물 학대, \_\_\_\_\_ 애완 동물의 죽음, \_\_\_\_\_\_가족원이 감금(감옥), \_\_\_\_\_ 성폭력

\_\_\_\_\_심각한 트라우마를 경험, \_\_\_\_\_\_ 의료적인 트라우마 \_\_\_\_\_\_자연 사고 (지진, 홍수,)

\_\_\_\_\_기타 (구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 CPS 보고 & 누가 보고를 했나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CPS 보고 결과는\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **자녀가 바라보는 가족 분위기는** 어떻다고 생각하시는 지 알맞은 번호에 동그라미 하세요:

 매우 관대함 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5 매우 엄격함

종교적이지 않음 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5 매우 종교적임

융통성이 있음 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5 매우 규칙에 짜여 있음

기대치가 낮음 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5 기대치가 매우 높음

일관적이지 않음 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5 일관적임

1. 가족 지원체계 (예, 종교, 친구, 친척, 학교 등의 지지와 도움)

지원과 도움이 없음 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5 상당한 지원과 도움을 받음

1. 아동이 TV를 보는 시간

0-2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3-5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6-8\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_9-14\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_14 시간 이상

1. 아동이 컴퓨터 게임이나 비디오를 보는 시간

0-2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3-5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6-8\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_9-14\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_14 시간 이상

**아동의 건강 사항**

1. 최근에 한 신체 검사는(physical):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 결과:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 신체적인 Disability: 예 ( ), 아니오 ( ) (예라면, 구체적으로\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
3. 심각한 질병: 예 ( ), 아니오 ( ) (예라면, 구체적으로\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
4. 소아과 의사이름은: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 전화 번호:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

소아과 주소:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_’

1. 쌍둥이 인가요? 일란성? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 이란성?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 임신 중 어떤 문제나 이상이 있었나요? 예 ( ), 아니오 ( ) (예라면, 구체적으로\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
3. 분만 중 어떤 문제나 이상이 있었나요? 예 ( ), 아니오 ( ) (예라면, 구체적으로\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
4. 정상 분만이었나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 아니면 제왕 절개였나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. 병원에서 분만하였나요?\_\_\_\_\_\_, 집에서?\_\_\_\_\_\_, 다른 곳에서?(구체적으로 어디서?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. 분만 시 아동의 체중은 \_\_\_\_\_\_\_, 키는 \_\_\_\_\_\_\_, 분만 후 어떤 문제나 이상이 있었나요 ? 예 ( ), 아니오 ( )

(예라면, 구체적으로\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. 분만 후 산모와 아기가 얼마 동안 병원에 있었나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 아래의 사항들을 보시고 아동이 가지고 있는 또는 예전에 가졌던 병명에 대하여 “X” 표하세요:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 약에 대한 부작용 |  | 수두 (Chicken pox) |
|  | 알러지 (구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  | 홍역 (Measles) |
|  | 천식 |  | 볼거리 (Mumps) |
|  | 자주 겪는….

|  |  |
| --- | --- |
|  | 감기 |
|  | 위장상의 문제들 |
|  | 두통 |
|  | 고열 |
|  | 유행성 감기 |
|  | 편두통 |
|  | 폐렴 |
|  | 간질 |
|  | 축농증 |
|  | 목 아픔 |
|  | 인두염(Strep throat) |

 |  | 각종 수술들, 예:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 맹장 수술 (Appendectomy) |
|  | 심장 수술 |
|  | 편도선 수술 (Tonsillectomy) |
|  | 기타 (구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
|  | 관절이나 뼈를 다침(구제적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  | 약물 남용 |
|  | 어지러움증 |  | 관절염 |
|  | 고혈압/저혈압 |  | 암 |
|  | 당뇨 |  | 뇌성 마비 (Cerebral palsy) |
|  | 감염 |  | 뇌 수막염 (Meningitis) |
|  | 뇌염 |  | 소아마비 (Polio) |
|  | 납에 노출(Exposure to lead) |  | 결핵 (Tuberculosis) |

1. 아동이 머리를 다친 적이 있나요?
2. 아동이 병원에 입원한 적이 있나요? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,소아과 의사/수술 의사 이름 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 입원한 이유 | 날짜 | 입원 기간 |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. 아동이 현재 복용하고 있는 약이나 식이 보충제가 있나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 약 이름과 용량 | 진단 | 진단을 내린 의사 | 처음 복용한 시기 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(약 이름과 용량을 모르신다면, 다음에 약을 가지고 오십시오.)*

1. 약을 처방한 의사 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 아동이 시력상에 문제가 있나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 예라면 구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 아동이 안경을 끼나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 콘텍츠 렌즈를 끼나요? 예 ( ), 아니오 ( )
3. 안경이나 콘텍츠 렌즈를 처방 받고는 안경을 끼지 않나요? 예 ( ), 아니오 ( )
4. 최근에 한 시력검사\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 결과: 오른쪽 눈\_\_\_\_\_\_\_\_/20, 왼쪽 눈\_\_\_\_\_\_\_\_/20
5. 아동이 청각상에 문제가 있나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 예라면 보청기나 다른 기구를 사용하나요? 예 ( ), 아니오 ( ) 구체적으로 어떤 기구를 사용하나요?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
6. 평균 수면 시간은 몇 시간인가요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. 잦은 악몽이나 밤에 자주 깨나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 예라면 구체적으로 얼마나 자주?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. 자녀의 몸무게로 걱정이 되시나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 예라면 구체적으로 어떤 걱정?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. 1 주일에 집에서 음식을 해서 먹는 퍼센트가 얼마나 되나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. 아동이 반찬 투정으로 입이 짧거나 이상한 식습관이 있나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 예라면 구체적으로:\_\_\_\_\_
11. 아동이 음식이 아닌 종이, 장난감 등의 이상한 물건들을 먹나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 예라면 구체적으로:
12. 음식이나 약에 대한 알러지를 기입해주세요:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**아동의 발달 사항들**

**소아기:**

다음의 각 발달 사항들을 모시고 아동이 발달을 시작한 시기에 “X” 표 해주세요:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **처음으로 걷다:** | **단어들을 시작하다:** | **말을 시작하다:** |
|  | 12개월 이전 |  | 12개월 이전 |  | 12개월 이전 |
|  | 12-24 개월 |  | 12-24개월 |  | 12-24개월 |
|  | 24-36 개월 |  | 24-36개월 |  | 24-36개월 |
|  | 36 개월 이후 |  | 36개월 이후 |  | 36개월 이후 |
|  | 전혀 걷지 못함. |  | 단어들을 전혀 말하지 못함. |  | 말을 전혀 하지 못함. |

|  |  |
| --- | --- |
| **처음 소변 훈련을 하여 소변을 가림:** | **처음 대변 훈련을 하여 대변을 가림:** |
|  | 12개월 이전 |  | 12개월 이전 |
|  | 12-36개월 |  | 12-36개월 |
|  | 3-5 살 |  | 3-5 살 |
|  | 5 살 이상 |  | 5 살 이상 |
|  | 소변을 가리지 못함. |  | 대변을 가리지 못함.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **처음 배변 훈련 후:** | **처음 배변 훈련 후:** |
|  | 주로 낮에 오줌을 싼다. |  | 주로 낮에 변을 본다. |
|  | 주로 밤에 오줌을 싼다. |  | 주로 밤에 변을 본다. |

**청소년기:**

다음의 각 발달 사항들을 모시고 아동이 발달을 처음 시작한 시기에 “X” 표 해주세요:

|  |
| --- |
| **사춘기가 시작 됨 (가슴의 발달, 월경 시작, 수염이 나기 시작 등 …):** |
|  | 10 살 이전 |  | 14-16 살 |
|  | 10-12 살 |  | 16 살 이후 |
|  | 12-14 살 |  | 아직 발달되지 않았다. |

**아동의 교육 및 학습 발달**

1. 아동이 다녔던 학교들을 모두 기입해 주세요. (최근 학교 순으로):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 학교 이름 | 학년 | 시작한 날짜 | 마지막으로 다닌 날짜 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(만약, 아동의 학업 성적이 문제점이시라면, 자녀의 성적표(report cards) 사본을 제출해 주세요.)

1. 아동이 유급(repeat) 한 적이 있나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 예라면, 이유는\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 아동이 학교에서 어떤 문제를 일으킨 적이 있나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 예라면, 어떤 문제인가요? 구체적으로 적어주세요. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 부모님이 보시기에 아동의 학업이 어느 정도 인지 “X” 표로 기입해 주세요:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **과목** | **상 (Above grade level)** | **중 (On grade level)** | **하 (Below grade level)** |
| 언어/읽기 (LanguageArts/Reading) |  |  |  |
| 수학 (Mathematics) |  |  |  |
| 쓰기 (Writing) |  |  |  |

1. 아동이 학교 생활에 적응을 잘 하나요?예 ( ), 아니오 ( ), 아니라면 구체적으로 어떻게 학교 생활을 하나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 학교에서 아동의 행동이나 학업상의 문제로 인해 어떤 도움을 받도록 선생님 또는 학교 상담가에게 의뢰를 한 적이 있나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 있다면, 구체적으로\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 아동이 현재 학교에서 504 plan을 적용 받고 있나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 어떤 진단?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

구체적으로 504 plan에 의한 어떤 도움/지지를 받나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 아동이 현재 Special Education에 있나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 가장 최근 한 IEP 날짜는? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Education disability\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Services receiving \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 학교에서 자녀에게 주는 도움들(informal/504/Special Education)이 효과적이라고 생각하시나요?

예 ( ), 아니오 ( ), 효과적이지 않다면, 구체적으로 어떠한가요? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**아동의 학업 / 사회적 / 정서적 / 행동 체크리스트**

다음의 사항들을 보시고 **아동이 경험하는 문제나 어려움들에 “X” 표** 하세요. 그리고 **가장 심각한 문제들에는 동그라미** 하세요.

**학업:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **읽기—기본 능력들** |  | 1단계 이상의 문제들을 풀지 못함 |
|  | 단어를 아는데 어려움. | **수학 추론** |
|  | 알파벳을 암송하는 데 어려움 |  | 크기, 연속성, 양에 대한 개념 파악 못함 |
|  | 소리 내서 읽기 어려움 (단어들을 빼먹거나 어딜 읽는지 헤갈려함) |  | 추산 (estimation)과 예측 (prediction) 문제를 풀기 어려움 |
|  | 읽기 싫어하거나 읽는 것을 회피함 |  | 문장으로 표현한 수학 문제 (word problems) 풀지 못함 |
|  | 천천히 읽는다. |  | 문제해결 기술이 부족함 |
| **읽기--이해력** |  | 차트, 표, 그래프를 이해하기 어려움 |
|  | 단어의 의미 파악이 어려움 |  | 수학 기술들을 다른 류의 문제를 해결하는 데 적용하지 못함 |
|  | 문맥을 이해하기 어려움 |  | 추상적인 수학 개념을 이해하기 어려움 |
|  | 요점을 파악하기 어려움 | **쓰기 표현 (Written Expression)** |
|  | 결론을 유추하기 어려워 함 |  | 타인이 구술하는 정보를 글로 쓰기 어려움 |
|  | 지시 사항을 따라 하기 어려워함  |  | 글을 쓰는 데 기본적인 문제가 있음 |
|  | 숙어 (idioms) or 비유어 (figurative language) 파악을 못함 |  | 문장의 단어의 순서를 혼동함 |
| **수학 계산** |  | 완성되지 않은 문장으로 글을 씀 |
|  | 숫자를 파악하기 어려움 |  | 글을 쓸 때 상징적인 언어를 사용함 |
|  | 암기로 숫자세기 어려움 |  | 글을 쓸 때 생각을 표현하기 어려워함 |
|  | 기본적인 산수 개념을 이해하기 어려움 |  | 글 쓰는 것을 싫어하거나 쓰지 않으려고 회피함 |
|  | 기본적인 계산 문제를 풀지 못함 |  | 글씨체가 나쁨 (단어 사이에 띄어 쓰기가 정확하지 않음) |
|  | 분수 (fractions)와 소수점 (decimals) 문제들을 풀지 못함 |  | 칠판에 쓴 글씨를 받아 쓰기 어려움 |
|  | 기하학적인 도형 (geometric shapes) 문제를 풀지 못함 |  |  |
| **구두 표현Oral Expression** | **듣고 이해하기Listening comprehension – cont.** |
|  | 언어음 (speech sounds)들을 혼동하거나 빼먹음 |  | 구두로 된 지시를 따라 하기 어려움 |
|  | 비유창성 (dysfluency: 말을 반복하거나 더듬거리거나 부드럽지 않게 이야기함) |  | 구두로 된 지시를 반복해서 말해 달라고 자주 요구함 |
|  | 문법적인 실수들 (부적절한 복수와 단수, 동사의 시제, 또는 대명사 사용) |  | 구두로 된 말들을 잘못 이해함 |
|  | 어휘력이 부족 |  | 잡음이나 따른 소리에 주의가 쉽게 산만해짐 |
|  | 단어 인출(Word retrieval) 문제 |  | 듣고 이해하는 과제 중에 집중력이 짧음 |
|  | 사회성을 위한 대화의 어려움 (대화 시작, 생각과 감정 표현, 그리고 질문하는 데의 어려움) |  | 길거나 복잡한 문장들을 이해하기 어려움 |
|  | 학교에서 선생님 또는 또래들에게 대화하지 않음 |  | 비슷한 단어들을 혼동함 |
| **듣고 이해하기Listening comprehension** |  | 말로 들은 정보들을 기억하지 못함 |
|  | 들어야 할 때 딴 일이나 과제에 관련 없는 일을 함 |  | 방금 들은 정보들을 기억하지 못함 |
|  | 정해진 시간 내에서 질문에 응답하는데 어려움 |  | 듣는 것에 대한 흥미가 없음 |

**사회적:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 위축됨—시선을 마주치지 않고, 내성적인 듯하며, 집단에 참여 하지 않음 |  | 관심 받으려는 행동을 보임 (학급에서 웃기는 아이 “class clown”) |
|  | 모욕감을 인지하면 지나치게 반응함 |  | 목소리 톤을 잘못 이해함 |
|  | 놀리기, 비웃기, 농담들을 이해 못함 |  | 다른 사람들에게서 소외되어 있음 |
|  | 친구가 아주 조금 있거나 거의 없음 |  | 얼굴 표정이나 바디 랭귀지를 잘못 이해함 |

**정서적:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 지나치게 자주 움 |  | 어려운 과제에 포기함 |
|  | 죄책감과 수치심을 느낌 |  | 우울함 |
|  | 일반적인 상황에 지나친 분노, 공포, 슬픔으로 과잉 반응함 |  | **상실(grief)**에 대한 슬픔, 우울, 또는 죽고 싶은 욕구를 느낌  |
|  | 과거 학대나 방임, 또는 트라우마 경험에 대한 괴로운 기억들 |  | **상실(grief)**과 관련없는 슬픔, 우울, 또는 죽고 싶은 욕구를 느낌 |
|  | **지나친 공포나 두려움, 그리고 잦은 근심** |  | 지나치게 분노를 나타냄 |
|  | **설명할 수 없는 공포나 두려움, 그리고 불안** |  | **분리 불안** |
|  | **잦은 악몽** |  | 낮은 자아 존중감 |
|  | 지나친 행복감 |  | **갑작스런 체중의 감소 또는 이유 없는 체중의 감소** |
|  | 지나친 분노와 공격적인 행동들 |  | **예전에 즐기던 것들에 대한 흥미가 없어짐** |
|  | 기력이 없음 |  | **수면이 줄거나 또는 늘거나, 입맛이 갑자기 떨어짐** |
|  | 피곤함  |  | 아무도 없는 데 소리를 들음 |
|  | **지나치게 많이 먹음 또는 갑작스런 체중의 증가** |  | 자살하고 싶은 생각 |
|  | **지나친 신체적인 고통이나 몸이 아프고 쑤심** |  | 자살을 시도했다 실패함 |
|  | **삶에 대한 무기력함** |  | 과거에 자살에 대한 생각과 시도를 해 봄 |

**행동적:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 자리에 가만히 앉아 있지 못하고 자꾸 움직임 |  | 위험한 행동을 함 |
|  | 퇴행: 아기 목소리 내기(baby talk), 오줌 싸기 (bed wetting), or 엄지손가락 빨기 (thumb sucking) |  | **지나친 우울증 (무기력증, 외로움, 위축됨, 소외감, 친구 맺기 어려움)** |
|  | 지시 사항에 따르길 거부 또는 끊임없는 반항 |  | 비행 아이들과 어울림 |
|  | 삶의 변화에 대한 적응 문제 (새로운 학교, 부모의 이혼, 이사 등) |  | 수면 문제 (악몽, 지나치게 오래 잠, 또는 지나치게 자지 않음) |
|  | **발달이 늦거나 지연됨** |  | **사소한 일에 과잉 반응함** |
|  | 종종 산만함 |  | 집중하는 데 어려움 |
|  | 위축됨 |  | 정리 정돈을 못함 |
|  | 대화 시 다른 사람 말을 끼어듦 |  | 과제를 **시작**하는 데 어려움 |
|  | 상스러운 욕설을 함 |  | 생각 없이 행동함 |
|  | 또래와 잦은 싸움이나 언쟁 |  | 계획하는 데 어려움 |
|  | 학교 선생님이나 다른 어른과의 잦은 싸움이나 언쟁 |  | 학교 문제들 (선생님께 대들고, 수업 빠지고, 결석함) |
|  | **가족들과의 잦은 싸움이나 언쟁** |  | **학업 성적인 낮거나 갑작스럽게 성적이 떨어짐** |
|  | **공상하기 (daydreaming)** |  | **신체적인, 정서적인, 또는 성적인 학대** |
|  | 침대에 오줌 싸거나 그에 관련된 배변 문제 |  | 부모 자녀간의 갈등 |
|  | 건강 문제들 (신체적인 불편함이나 의학적인 문제들) |  | 청소년 보호소 경험 또는 법률에 위반한 행동을 함 |
|  | 말을 너무 않들음 |  | 학교 수업이나 숙제를 하지 않음 |
|  | **학교 거부증** |  | **가출** |
|  | 충동적임 |  | 과잉 행동 (hyperactive) |
|  | 술이나 약물 사용 |  | 심각하게 놀림을 당함 |
|  | 사고를 자주 냄 (Accident—prone ) |  | 때리고 발로 차고 밀침 |
|  | 지나친 짜증을 냄 (Temper outbursts) |  | 주의력 결핍 |
|  | 성적인 문제들 (지나친 자위 행위, 부적절한 성적 행동 및 표현, 나이에 비해서 지나치게 많은 성적인 지식들) |  | **확인 되지 않은 위험을 피하기 위해 하루에도 몇 번을 손을 씻거나 세거나 일련의 절차의식들을 행함** |
|  | 지나친 과식 또는 소식 |  | 이용당함 |

**오랜 시간 동안 질문지를 작성해 주셔서 감사합니다.**



HopeSpring Child & Family Clinic, LLC

703-259-5617 • Fax: 703-552-2037

3915 Old Lee Hwy #23A Fairfax, VA 22030

Info@hopespringchildandfamily.com • [www.hopespringchildandfamily.com](http://www.hopespringchildandfamily.com)

**.**