



QUESTIONNAIRE DÉVELOPPEMENTAL

Darrell R. Johnson, Ph.D.

No. de dossier : _____

Nom du/des parent(s) : _____

Date : _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

PETIT ENFANCE/ ENFANCE

(Veuillez s.v.p. encercler vos réponses) :

Si adopté, à quel âge? _____ Âge lorsque informé de l'adoption? _____

Difficultés pendant la grossesse, l'accouchement ou après? Oui/ Non/ Ne sais pas

Spécifiez : _____

Poids à la naissance : _____ Allaité? Oui/ Non/ Ne sais pas Colique? Oui/ Non/ Ne sais pas

Tempérament : tranquille/ facile/ timide/ jamais satisfait/ pleure beaucoup/
souvent malade/ autre _____

Étapes développementales (✓) : Âge Précoce Moyen Tardif Ne sais pas
(si connu)

Dormir une nuit complète									
S'asseoir									
Marcher									
Premiers mots									
Sec (jour/nuit)									
Propre (jour/nuit)									

Comportements remarquables comme jeune enfant? Oui/ Non/ Ne sais pas

Spécifiez : _____

Maladies graves ou séjours à l'hôpital comme jeune enfant ? Oui/ Non/ Ne sais pas

Spécifiez : _____

Autres difficultés? _____

Âge lors de la première séparation de la mère

Pendant quelques heures

Pendant une nuit

Plusieurs nuits

Séparations prolongées des parents? Oui/ Non
Spécifiez : _____

Difficultés quand séparé des parents? Oui/ Non
Spécifiez : _____

SCOLARITÉ/ ADOLESCENCE

Problèmes quand l'école a commencé? Oui/ Non
Spécifiez : _____

Évaluation psychologique? Oui/ Non Date : ____/____/____
(Jour) (Mois) (Année)

Diagnostic ou résultats _____

Problèmes d'apprentissage? Oui/ Non
Spécifiez : _____

Problèmes de discipline à l'école? Oui/ Non
Spécifiez: _____

Déjà consulté un psychologue/travailleur social? Oui/ Non Date: ____/____/____
(Jour) (Mois) (Année)

Difficultés auprès des pairs? Oui/ Non
Spécifiez: _____

Matières fortes à l'école/talents ou compétences marquées/sports ou activités préférés?

SANTÉ PHYSIQUE (famille)

(Veuillez encercler tout problème ou maladie connus—indiquez “p” pour parent, “e” pour enfant)

Diabète _____	Épilepsie _____	Cancer _____	Crise d'épilepsie _____
Maladies du cœur _____	Maladies héréditaires _____	Toxicomanie _____	Eczéma _____
Problèmes d'alcool _____	Migraines _____	Ulcères _____	Allergies _____
Hypertension _____	Problèmes d'ouïe _____	Problèmes de vision _____	
Problèmes de poids _____	Accidents fréquents _____	Insomnie _____	

SANTÉ ÉMOTIONNELLE (famille)

Implications antérieures avec spécialistes de la santé mentale?

Oui/ Non/

Spécifiez : _____

Résultats des thérapies précédentes? :

Positifs

Négatifs

Ambigus

Spécifiez : _____

VOS ESPOIRS POUR LA THÉRAPIE

Pourquoi consultez-vous?

Vos attentes ou buts en matière de résultats (si vous en avez une idée en ce moment) :

Mode(s) de thérapie désiré(s) :

Individuelle Conjugale Familiale Enfant ou ado « Coaching » parental À déterminer

Questions que vous souhaitez me poser avant notre première rencontre :

(Votre signature)