KUISONER PRE TEST

UNTUK ORANG TUA ATAU WALI

Nama Anak :

Usia :

Jenis Kelamin :

Petunjuk pengisian : Beri tanda silang (X) pada jawaban anda dan lengkapi penjelasannya dikolom yang telah disediakan.

Mohon diisi sebenar-benarnya. Terimakasih.

1. Apakah anak sudah memiliki kemampuan berkomunikasi ?
   a. Belum bisa b. Sedikit c. Lancar
2. Apakah anak memiliki gangguan pada penglihatan ?
   a. Tidak b. Ya (detail :_____)
3. Apakah anak memiliki gangguan pendengaran ?
   a. Tidak b. Ya (detail :_____)
4. Apakah anak memiliki masalah tulang atau sendi ?
   a. Tidak b. Ya (detail :_____)
5. Dapatkah anak mengikuti instruksi sederhana ?
   a. Bisa b. Sulit
6. Apakah anak memiliki emosi yang stabil dan mudah beradaptasi dengan orang baru ?
   a. Ya b. Sulit
7. Apakah anak memiliki penyakit penyerta yang serius ?
   a. Ya b. Tidak

__ Cerebral Palsy
__ Plexus Brachialis Injury
__ Spina Bifida
__ Fraktur
__ dan lain-lain (detail :_____)

__Kelainan Anatomis
__ Kelainan Jantung
__Epilepsi
__ Masalah Pernafasan