

SWYC[™]: 18 months

18 months, 0 days to 22 months, 31 days *V1.06, 9-1-16*

| Child's Name: |
|---------------|
| Birth Date: |
| Today's Date: |

DEVELOPMENTAL MILESTONES

These questions are about your child's development. Please tell us how much your child is doing each of these things. If your child doesn't do something any more, choose the answer that describes how much he or she used to do it. Please be sure to answer ALL the questions.

| Not Yet | Somewhat | Very Much |
|---|----------|-----------|
| Runs \cdot | 1 | 2 |
| Walks up stairs with help · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| Kicks a ball · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| Names at least 5 familiar objects - like ball or milk · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| Names at least 5 body parts - like nose, hand, or tummy · · · · · ① | 1 | 2 |
| Climbs up a ladder at a playground · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| Uses words like "me" or "mine" · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| Jumps off the ground with two feet · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| Puts 2 or more words together - like "more water" or "go outside" · · · ① | 1 | 2 |
| Uses words to ask for help · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | | |

PRESCHOOL PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST (PPSC)

These questions are about your child's behavior. Think about what you would expect of other children the same age, and tell us how much each statement applies to your child.

| | Not at all | Somewhat | Very Much |
|-----------------|--|----------|-----------|
| Does your child | Seem nervous or afraid? · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Seem sad or unhappy? · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Get upset if things are not done in a certain way? · · · | 1 | 2 |
| | Have a hard time with change? · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Have trouble playing with other children? · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Break things on purpose? · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Fight with other children? · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Have trouble paying attention? · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Have a hard time calming down? · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Have trouble staying with one activity? · · · · · · · · | 1 | 2 |
| ls your child | Aggressive? · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Fidgety or unable to sit still? · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Angry? \cdot \cdot \cdot \cdot \cdot \cdot \cdot \cdot \cdot \circ | 1 | 2 |
| Is it hard to | Take your child out in public? · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Comfort your child? · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Know what your child needs? · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Keep your child on a schedule or routine? · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | Get your child to obey you? · · · · · · · · · · · | 1 | 2 |
| | | | |

Floating Hospital
for Children
atTufts Medical
Genter

copyright © Tufts Medical Center, 2010. All rights reserved.

****** Please continue on the back *******

| Total Score |
|-------------|
|-------------|