

行为记录表

客户姓名:

开始日期:

说明: 请采用以下行为示例, 在时间空格里记录行为的每次发生时间。如果行为的程度严重或持续时间长, 请圈出并完成第 2 页上的 ABC 评估。如果在半小时内未发生目标行为, 则保留空白。如果您的子女不在家则画一条横线。

目标行为 (示例)

A = B =

C = D =

请圈出严重行为事件, 完成下一页上的 ABC 评估。

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
7:00							
7:30							
8:00							
8:30							
9:00							
9:30							
10:00							
10:30							
11:00							
11:30							
12:00							
12:30							
13:00							
13:30							
14:00							
14:30							
15:00							
15:30							
16:00							
16:30							
17:00							
17:30							
18:00							
18:30							
19:00							
19:30							
20:00							
20:30							
21:00							
21:30							
22:00							
22:30							
夜间							

ABC 评估

客户姓名：_____ 日期：_____ 时间：_____

地点：_____ 在场者：_____

目标行为：

先兆： 发生该行为前有哪些事件？

行为： 发生了什么行为？

后果： 行为造成什么后果？