

משרד הבריאות

בי"ח רבקה זיו - צפת
היח' הפסיכיאטרית
לילד ולמתבגר
טל' 6828086 – 04
פקס – 6828182 – 04



שאלון להורים

שם הילד/ה: _____ תאריך לידה: _____ מס' זהות: _____

כתובת: _____ טלפון: _____ פלאפון: _____

שם האב: _____ גיל: _____ ארץ מוצא: _____ השכלה: _____

מקצוע: _____ עובד: _____

שם האם: _____ גיל: _____ ארץ מוצא: _____ השכלה: _____

מקצוע: _____ עובד: _____

מחלות: _____

קרבת משפחה בין הורים: לא / כן, פירוט: _____

מס' ילדים במשפחה _____ מס' לידות _____ מס' הריונות _____

פירוט: _____

שם הילד:	מין	גיל	מצב בריאות ובעיות	תקין/ לא תקין
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				
(5)				
(6)				

מיקום הילד במשפחה: _____

מסגרת חינוכית: _____

מצב נוכחי של הילד: _____

הערכת הישגי התלמיד: מצוין/ טוב/ בינוני/ רע _____

בעיות התנהגות בביה"ס או בבית _____

טיפול נפשי או משפחתי כיום או בעבר, כן/לא: _____

היסטוריה רפואית

1. האם מהלך ההיריון היה רגיל כן / לא, פרט _____
2. האם התינוק נולד לאחר היריון מלא כן / לא, פרט _____
3. האם הלידה הייתה רגילה כן / לא, פרט _____
4. משקל לידה _____
5. האם הבדיקה הראשונה (אפגר) הייתה תקינה כן/לא _____
6. האם הילד סבל ממחלה בינקותו כן / לא, פרט _____
7. האם ילדך עבר בדיקת ראייה, מתי ומה תוצאותיה? _____
8. האם ילדך עבר בדיקת שמיעה, מתי ומה תוצאותיה? _____
9. האם עבר אשפוזים, פרט _____

התנהגות

1. תאר את ילדך בהווה (דרג את ההתנהגות המאפיינת אותו)

	5	4	3	2	1	
אקטיבי						פסיבי
רגוע						חסר מנוחה
מרוכז לאורך זמן						טווח ריכוז קצר
מסתגל למצבים חדשים						מתקשה לקבל שינויים
חברותי						מתקשה להתחלק עם חברים
שמח בדרך כלל						מרבה לכעוס ולרגוז
נינוח						בכיין
נפרד מהוריו בקלות						מתקשה להיפרד
מתמודד עם קושי						סף תסכול נמוך, אימפולסיבי
עצמאי						תלותי
בטוח בעצמו						חושש, חסר ביטחון

2. האם קיימות התנהגויות אחרות יוצאות דופן? פרט _____
3. הרגלי שינה: (יום, לילה) _____

התפתחות

1. האם ילדך השיג את אבני הדרך ההתפתחויות בזמן? כן/לא

באיזה גיל התגלגל _____ זחל _____

ישב _____ הלך _____

2. האם ינק? באיזה גילאים? כיצד התנהלה ההנקה? (אפיונים מיוחדים, קשיים)

המעבר לאכילה מבקבוק _____

מעבר לאכילת אוכל מוצק _____

האם באכילה כיום יש העדפות מיוחדות _____.

3. תאר את ילדך כתינוק במושגים כמו: שקט/ ערני, אקטיבי/ פאסיבי, בכיין/ רגוע (הקף בעיגול).

4. שליטה על סוגרים יום _____ לילה _____ הרטבה חוזרת _____

שפה

1. באיזה גיל התחיל ילדך לדבר? מילים _____ משפטים _____

2. האם כיום נוטה לדבר ולספר ביוזמתו או זקוק לעידוד _____

3. האם יש לו אוצר מילים נרחב? _____

4. האם קיימים שיבושי דיבור? (הגוי) _____

5. האם קיים קושי בהבנת הוראות? _____

תחושה ומגע

1. האם ילדך נמנע ממגע בחומרים כמו דבק, צבעי אצבעות, בוץ, חול, כן/ לא / לפעמים.

2. האם מביע אי נוחות ברחיצת פנים וניגוב פניו? כן/ לא/ לפעמים.

3. האם רגיש לסוג מסוים של בגדים או גרביים, צווארון? פרט. _____

4. האם נרתע כשנוגעים בו באופן בלתי צפוי? _____

5. האם נהנה מהחיבוק? _____

6. האם קיימת רגישות/ חוסר רגישת חריגה לכאב? _____

7. האם נמנע ממגע פיזי עם ילדים? _____

8. האם מחפש מגע פיזי עם ילדים? (מכות, היאבקות, חיבוקים)? _____

תנועה:

1. האם ילדך נהנה ממתקני גן השעשועים? _____

2. האם הוא אוהב סיבובים באופן מיוחד (קרוסלה)? _____

3. האם הוא תנועתי בבית? _____

4. האם נראה חזק/ חלש/ מתעייף בקלות? _____

5. האם נראה מסורבל, ניתקל, נופל לעיתים קרובות? _____

6. האם מטפס לגובה? _____

7. האם רוכב על אופניים? _____

8. האם חש לא בטוב בזמן נסיעה? _____

9. האם מעדיף משחקים בבית או בגן שעשועים? _____

פעילות ידיים:

1. האם ילדך משתמש בקביעות באותה יד או מחליף ידיים באכילה, ציור וכדו'?

2. האם נהנה מפעילות עדינה(הרכבה, השחלה, גזירה)? _____

3. האם אוהז בעיפרון ושולט בו? פרט! _____

4. האם גוזר באופן עצמאי? _____

חברה:

1. האם ילדך מתחבר בקלות עם בני גילו? _____

2. האם מעדיף להיות בחברת מבוגרים/ ילדים גדולים/ קטנים ממנו? _____

3. האם משחק במשחקים מתאימים לגילו? _____

4. מסתדר טוב יותר בקשר עם ילד אחר או קבוצה? _____

5. האם יודע לחלוק בצעצועיו או מגלה רכושנות? _____

התמצאות ועצמאות:

1. האם עצמאי בלבוש? פרט _____

2. עצמאי באכילה ושתייה? _____

3. עצמאי ברחצה והיגיינה אישית? _____

4. האם ילדך מתמצא בסביבה הקרובה למקום מגוריו? _____

5. האם מבחין בין ימין לשמאל? _____

סיכום:

1. מהם הקשיים העיקריים כפי שנראים בעינכם?

בבית _____

בגן/בכיתה _____

בחברה _____

2. מה הם הציפיות שלכם מהטיפול? _____

שאלון לגננת/מטפלת

לכבוד הגננת:

הילד/ה הופנה/ הופנתה אלינו לצורך אבחון קשיי אכילה

ברצוננו לבקש את עזרתך במתן מידע על תפקודו/ה של הילד/ה בגן. מידע זה יקל עלינו להבין את מקום בעיותיו, ולהציע טיפול נכון.

שם הילד: _____

1) כמה זמן את מכירה את הילד? _____

2) תארי את תפקודו/ה בתחומים הבאים (טוב, מסורבל, וכדו')

א. פירוט אכילה (כמות, עדיפות ותהליך) _____

ב. מוטוריקה גסה (הליכה, ריצה, טיפוס על מתקנים) _____

ג. האם הוא/ היא נרתע/ת או מגלה רגישות לחומרים (דבק, פלסטלינה, בצק) _____

ד. יכולת הבנה וביטוי מילולית (כיצד עונה לשאלות, מבין/ה, משתף/ת) _____

ה. יכולת קשב וריכוז (התמדה בפעילות, הקשבה) _____

ו. השתלבות חברתית _____

ז. שמירה על סדר וכללים בגן _____

ח. מצב רוח, בדרך כלל _____

ט. האם קיימים קשיים מיוחדים (פרידה בבוקר, בעיות אכילה, ניקיון וצרכים שכיחות של היעדרויות וכדו'..)

י. קשר עם הבית _____

הערות נוספות:

תאריך: _____ שם הגננת/מטפלת _____

טלפון ליצירת קשר: _____