



ד"ר דליה אלוני
פסיכולוגיה חינוכית

מרכז אבחון וטיפול בילדים ונוער
קניון גנים, העצמאות 65, פתח תקווה
טלפקס: 03-9218286 נייד: 052-4797279

שאלון הורים לילד גן

להורים שלום,
השאלון שלפניכם נועד לתת פרטים על הרקע ההתפתחותי והחינוכי של הילד/ה. במידה והמידע המבוקש לא ידוע או לא זכור יש לציין זאת. כמו כן, חשוב לצרף מסמכים המעידים על אבחונים וטיפולים קודמים שעבר/ה הילד/ה.

פרטים אישיים:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מין: ז / נ
מס' ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____
שנת עלייה _____ כתובת: _____ טל' בבית: _____
גן: _____ Email: _____

רקע משפחתי:

- מצב משפחתי של ההורים: _____ תאריך גרושי ההורים (אם רלוונטי): _____
- השפה המדוברת בבית: עם הילד/ה: _____ השפה המדוברת בין ההורים: _____

קרבה	שם פרטי	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עלייה	השכלה	תעסוקה
אב:						
אם:						
ילדים:						

המפנה וסיבת הפנייה:

- סיבת הפניה עכשיו היא (סמן * במשבצת ופרט את הסיבה):
 [] התנהגות בבית [] יחסים חברתיים
 [] התנהגות בגן [] בעיה רגשית נפשית
 [] הישארות שנה נוספת בגן [] הדלגה (הקפצה)
 פרט _____
 הסיבה: _____
- מתי החלו הקשיים? _____
- האם לדעתכם הבעיה הנוכחית הופיעה בעקבות אירוע שאתם יכולים להצביע עליו, אם כן פרט: _____
- ביוזמת מי הייתה הפנייה?

- מה גרם לפנייה עכשיו?

- האם שני ההורים מסכימים לפנייה? כן / לא. אם לא מהי סיבת אי ההסכמה: _____
- האם הילד מבקש עזרה? כן / לא _____
- האם יש/היה לכם קשר עם גורם טיפולי בנוגע לילד המופנה כגון עו"ס, פסיכולוג, פסיכיאטר, רופא, יועצת, מורה? לא / כן. פרט _____
- האם הילד/ה המופנה עבר/ה אבחון התפתחותי/ פסיכולוגי? לא / כן. אם כן היכן ומתי _____



ד"ר דליה אלוני
פסיכולוגיה חינוכית

מרכז אבחון וטיפול בילדים ונוער
קניון גנים, העצמאות 65, פתח תקווה
טלפקס: 03-9218286 נייד: 052-4797279

- האם הילד/ה המופנה עבר/ה אבחון דידקטי? לא/כן. אם כן היכן ומתי
- באופן כללי, איך הייתם מתארים את התפקוד של הילד/ה: (סמן * במקום המתאים)

תחומי תפקוד	מצויין	משביע רצון	מתקשה	לקוי ביותר	הערות
בגן					
במשפחה					
בחברה					

רקע רפואי והתפתחותי:

- תאריך בדיקת ראייה אחרונה: _____ תקין/לא תקין. פרטו: _____
- תאריך בדיקת שמיעה אחרונה: _____ תקין/לא תקין. פרטו: _____
- האם הילד סובל/סבל בעבר ממחלה כרונית/ממושכת? לא/כן. פרטו: _____

<u>המחלה</u>	<u>גיל הילד בעת שחלה</u>	<u>מי טיפל והיכן</u>
_____	_____	_____
- האם הילד היה מאושפז בבית חולים (כולל אשפוז לאחר לידה)? לא / כן. אם כן פרטו: _____

<u>סיבת האשפוז</u>	<u>מקום האשפוז</u>	<u>משך האשפוז</u>	<u>גיל הילד בעת האשפוז</u>
_____	_____	_____	_____
- האם הילד נמצא/היה בעבר בטיפול תרופתי כלשהו? לא / כן. שם התרופה: _____
- האם הילד עבר בדיקה/טיפול באחד מהתחומים הבאים:

[] שמיעה	[] ראייה	[] פיזיותרפיה	[] ריפוי בעיסוק
[] קלינאי תקשורת	[] נויורולוג	[] רופא התפתחותי	_____

אם כן, באיזה גיל נבדק/טופל, וכמה זמן?
- **הריון**: האם מהלך ההריון היה תקין? כן/לא. פרט: _____
- **לידה**: האם הלידה הייתה תקינה? כן/לא. פרט: _____
 באיזה שבוע נולד/ה הילד/ה: _____ משקל לידה: _____
- האם הופיעו אצל התינוק/האמא בעיות רפואיות או אחרות לפני או אחרי הלידה? לא / כן פרט _____
- האם היה תינוק/ת: ככין/רגוע/נוח/ערני/ישנוני/אקטיבי/קשה/קל להרגעה? פרט: _____
- האם קיימת רגישות למגע/רעש/תנועה? כן/לא. פרט: _____
- **אכילה**: האם היו בעבר/כיום בעיות אכילה? לא/כן. באיזה גיל _____ פרט _____
- **שינה**: האם היו בעבר/כיום בעיות סביב השינה? לא/כן. באיזה גיל _____ פרט _____
- **הליכה**: באיזה גיל החל/ה לשבת _____ לזחול _____ לעמוד _____ ללכת _____
- האם היו בעיות מיוחדות סביב ההליכה? לא/כן. פרט _____
- האם מצליח/ה בפעילויות מוטוריקה גסה (ריצה, טיפוס, שחייה, אופניים, כדור)? _____
- האם אוהב/ת משחקי הרכבה (פאזל) ולמידה? האם מצליח בהתאם לגילו? _____
- האם מצליח/ה בפעילויות מוטוריקה עדינה (אחיזת עיפרון, גזירה, ציור)? _____
- **דיבור**: באיזה גיל אמר/ה מילים ראשונות _____ מתי חיבר/ה שתי מילים _____ מתי דבר/ה שוטף _____
 האם היו בעיות בדיבור (איחור, גמגום, דיבור לא ברור, אלם חלקי) לא/כן. באיזה גיל _____ כיצד טופל? _____
- **חינוך לניקיון**: באיזה גיל היה יבש ביום _____ בלילה _____ האם חזר להרטיב או ללכלך לאחר מכן? _____
 לא/כן, באיזה גיל _____ כמה זמן נמשך _____ כיצד טופל _____



ד"ר דליה אלוני
פסיכולוגיה חינוכית

מרכז אבחון וטיפול בילדים ונוער
קניון גנים, העצמאות 65, פתח תקווה
טלפקס: 03-9218286 נייד: 052-4797279

רקע חינוכי

- **חליכה לגן:** מי טיפל בילד/ה עם לידתו/ה? _____ על ידי מי טופל/ה בהמשך? _____ במשך כמה זמן? _____ באיזה גיל נכנס לגן עירוני? _____ . איך הייתה הפרידה וההסתגלות לגנים? _____ האם היו בגן בעיות חברתיות / התנהגות / קליטת חומר? לא/כן. תאר: _____
- האם הילד קיבל/מקבל כיום טיפול מסוג: [] קלינאית תקשורת [] ריפוי בעיסוק [] גנת שי"ח [] תרפיה אחר: פרט _____
- גן חובה: האם עלתה שאלת בשלות לכיתה א'? לא/כן. אם כן פרט את הסיבה: _____
האם עבר אבחון לשם החלטה? _____ מה הייתה החלטת ההורים? _____

הילד היום

כיצד הייתם מתארים את הילד/ה שלכם? _____

האם הילד/ה עצמאית בפעילויות כמו לבוש/מקלחת/אוכל? _____
האם יש כיום בעיות סביב אוכל/שינה/פחדי לילה/הרטבה/לכלוך? לא/כן. אם כן פרט _____
ברשימה להלן, סמנו לגבי כל פריט באיזה מידה הוא מתאר את התנהגות הילד/ה בתקופה האחרונה:

הרבה מאד	הרבה	במקצת	בכלל לא	
				1. חסר מנוחה, פעילות יתר
				2. מתרגש בקלות, פזיז
				3. מפריע לילדים אחרים (בבית, בגן)
				4. לא מצליח לסיים דברים שהתחיל, בעל קשב קצר
				5. כל הזמן מתנועע במקום
				6. מפוזר, בקלות ניתן להסיח את דעתו
				7. דורש סיפוק מייד, לא סובל תסכול
				8. בוכה בקלות ולעתים קרובות
				9. מצב רוח משתנה מהר ובאופן קיצוני
				10. התפרצויות זעם, התנהגות שלא ניתן לצפות

- **מצב רוח:** להערכתכם, האם מצב הרוח של הילד/ה באופן כללי: _____
[] שמח [] עצוב [] מתוח [] חרד [] תוקפני [] יציב [] משתנה [] נוח [] עקשן [] כועס [] אחר: _____ פרט: _____
- **קשרים חברתיים:** האם הילד מקובל/דחוי/נמנע מקשרים? _____
כיצד משחק עם חברים? האם יוזם? מרבה לריב? האם משחק ע"פ חוקים ויודע להפסיד בכבוד? _____

יחסים במשפחה

- האם יש בין ההורים הסכמה על גישה חינוכית כלפי הילדים? כן / לא, פרט: _____
- האווירה הכללית במשפחה בדרך כלל טובה/לא טובה, פרט: _____
- האם לדעתכם הקושי שיש לילד קשור למשהו שקרה או קורה במשפחה? לא/כן. פרט: _____
- מה המחשבות והציפיות שלכם כהורים ושל הילד מהאבחון? _____

תוצה ם שתי ם הפ ם אליה