

שאלון להורים

תאריך: _____

שם הילד/ה: _____ תאריך לידה: _____

מס' תעודת זהות: _____

כתובת: _____ טלפון בית: _____

שם האב: _____ מקצוע: _____ טלפון: _____

שם האם: _____ מקצוע: _____ טלפון: _____

מצב בריאותי: _____

קרבת משפחה בין ההורים: _____

מקרי פטירה או גירושין במשפחה: _____

קשיי בריאות, התפתחות או למידה במשפחה המורחבת:

ילדי המשפחה:

שם	שנת לידה	כיתה/עיסוק	מצב בריאות

מערכת חינוכית קודמת (גן/ ביה"ס): _____

תפקוד לימודי והסתגלות במערכת הנוכחית (גן/ביה"ס): _____

טיפול רגשי, פרה-רפואי או משפחתי בעבר או בהווה: _____

אבחונים קודמים:

רקע רפואי/התפתחותי :

הריון ולידה:

אירועים חריגים במהלך ההריון והלידה :

משך ההריון בשבועות : _____ סוג לידה (רגילה או לא)

תוצאות הבדיקה הראשונה (אפגר) : _____

משקל בלידה : _____

מצב בריאותי בתקופת הינקות : _____

אשפוזים/ ניתוחים/ אירועים אחרים ראויים לציון בילדות הרכה

מצב בריאותי כיום : _____

קופת-חולים/ביטוח רפואי אחר : _____

התפתחות תחושתית – מוטורית:

התהפכות, זחילה, ישיבה, עמידה והליכה (ציון/י גיל ותאריך) :

קשיים בהתפתחות המוטורית : _____

תחושות ומגע : היש הימנעות ממגע בחומרים שונים, רגישות לסוגי בגדים או בדים, הימנעות ממגע

פיזי עם ילדים אחרים, רגישות לכאב, צורך בולט במגע וחיבוק, וכו' :

תנועה ופעילות בעבר וכיום : ערנות/ פסיביות, פעלתנות יתר בתקופת הינקות ובילדות הרכה, הנאה או

רתיעה ממתקני גן שעשועים, קרוסלה, טיפוס לגובה, אופניים, נסיעה ברכב וכו' :

האם יש מסורבלות או נפילות תכופות :

פעילות עדינה : יד ימין/שמאל _____ הנאה או רתיעה מציור, הרכבה, גזירה,

השחלה, חימר ופלטסלינה :

התפתחות שפה:

גיל התחלת הדיבור: מילים: _____ משפטים: _____
נטייה לפירוט בדיבור, צורך בעידוד: _____
שיבושי דיבור: _____
קושי בהבנת הוראות: _____

הרגלי אכילה:

יניקה: _____
הרגלי אכילה/ קשיים בילדות הרכה _____
גמילה מבקבוק: _____
הרגלי אכילה כיום: _____ העדפות: _____

חינוך לניקיון:

גמילה מטיטולים ביום בגיל: _____ הערות: _____
גמילה מטיטולים בלילה בגיל: _____ הערות: _____

הרגלי שינה:

שינה לבד או בחדר ההורים בתקופת הילדות הרכה: _____
האם היו קשיי הירדמות: _____
הרגלי שינה כיום (קשיי התעוררות, התארגנות בבוקר): _____

התנהגות ותפקוד עצמי:

אקטיביות/פסיביות: _____
מצב רוח (לרוב שמח/ עצוב/ כועס וכו'): _____
התמודדות עם תסכול וקושי: _____
הסתגלות למצבים חדשים: _____
קשרים חברתיים עם בני הגיל: _____
יכולת להתחלק עם הזולת, לוותר: _____
עצמאות בלבוש/ היגיינה אישית/ התמצאות בחיי היומיום/ במצבים חברתיים: _____

פעילות פנאי (תחביבים, חוגים, תנועת נוער וכו'): _____

נטיות לעקשנות, בכי, קשיי פרידה וקשיי קבלת שינויים, קשיי התמדה: _____

התנהגות במסגרת המשפחה: _____

יחסים עם המשפחה המורחבת: _____

סיבת הפנייה וציפיות מההתייעצות: _____

_____ הערות: _____

_____ תאריך: _____

תודה על שיתוף הפעולה.

זיוה דר