



שאלון להורים (לילד מעל גיל 3)

השאלון מנוסח בלשון זכר אך מיועד גם לבנים וגם לבנות.

תאריך מילוי השאלון: _____ ממלא השאלון: _____

קופת החולים אליה שייך הילד: _____

פרטים אישיים:

שם הילד/ה: _____ שם משפחה: _____ תאריך לידה: _____

מספר ת.ז. _____ מסגרת חינוכית: _____ (טרום חובה/ חובה/ כיתה/ תלמוד

תורה/ מכינה) (חינוך רגיל/ חינוך מיוחד) – הקף

כתובת: _____ טלפון בבית: _____

טלפון הורה (אמא/אבא-הקף): _____

מי יזם את הפניה לריפוי בעיסוק? (גננת/ מורה/ רופא/ באופן עצמאי/ אחר _____)

מדוע פניתם ומהם הקשיים העיקריים כפי שנראים בעיניכם?

בבית: _____

במסגרת החינוכית: _____

רקע משפחתי:

מספר אחים/יות (פרט גילאים): _____

האם אחד האחים נמצא במסגרת חינוך מיוחדת או טופל בהתפתחות הילד? פרט _____

אירועים מיוחדים/ משמעותיים בחיי הילד או המשפחה שחשוב לכם לציין. פרט _____

שפות מדוברות בבית: _____

רקע טיפולי:

האם מ/טופל בעבר/ היום באחד מהמקצועות הבאים: קלינאות תקשורת/ ריפוי בעיסוק/ פיזיותרפיה/ טיפול

רגשי/ כננת שיח/ אבחון דיסקטי/ נוירולוג/ פסיכולוג/ אחר _____ ובאיזו מסגרת? הקף ופרט: _____



רקע רפואי והתפתחותי :

_____ האם ההריון היה תקין/ לא, פרט :

_____ האם הלידה של הילד הייתה רגילה כן/לא, פרט :

_____ האם הלידה הייתה במועד: כן/ לא, פרט (באיזה שבוע נולד הילד) :

_____ מה היה המשקל בלידה?

_____ האם היו בעיות לאחר הלידה?

_____ האם הילד סבל ממחלה מתמשכת או לא שגרתית בינקותו? כן/ לא, פרט :

_____ האם הילד סובל כיום ממחלה כלשהי? כן/לא, פרט :

_____ האם הילד מקבל תרופות? כן/ לא, פרט :

_____ האם ההתפתחות המוטורית המוקדמת הייתה בזמן (אכילה, ישיבה, עמידה, הליכה) _____

_____ האם ילדך עבר בדיקת ראייה, מתי ומה היו תוצאותיה?

_____ האם ילדך עבר בדיקת שמיעה, מתי ומה היו תוצאותיה?

_____ האם ילדך עבר ניתוחים (כפתורים, פוליפים וכו')? _____

_____ האם הילד נגמל מחיתולים? מתי? _____

תפקוד הילד/ה

בחלק הבא נסה לסמן את ההתנהגויות והתפקודים המאפיינים את ילדך, יש לפרט במידת הצורך.

התנהגות

לעיתים רחוקות	לפעמים	בדרך כלל	
			רגוע, נינוח
			מרוכז לאורך זמן
			מסתגל למצבים חדשים
			חברתי
			שמח בדרך כלל
			נפרד מהוריו בקלות
			מתמודד עם קושי
			עצמאי
			בטוח בעצמו

_____ האם קיימת התנהגויות אחרות יוצאות דופן? פרט : _____



עצמאות ותלות

עצמאי בדרך כלל	לפעמים תלוי	תלוי במבוגר
		לבוש
		שירותים
		רחצה
		אכילה ושתייה

פרט: _____

האם ילדך משתמש בסכ"ם בזמן האוכל? כן/ לא
האם מתלכלך בזמן האכילה או השתייה? כן/ לא

תחושה (ניתן לסמן בכמה עמודות)

אוהב	נמנע	נרתע	מחפש
			משחק בבצק/ פלסטלינה/ צבעי ידיים/ דבק/ מים/ חול
			משחק במתקנים כגון נדנדה, קרוסלה, סולם, מגלשה
			מגע עם ילדים או מבוגרים
			עמידה בתור עם ילדים נוספים
			פעילויות עם רעש (מסיבות/ מוזיקה/ אירועים)

פרט: _____

בדרך כלל	לפעמים	לעיתים רחוקות	פרטי
			רגיש לסוג מסוים של בגדים/ גרביים/ צווארון
			מביע אי נוחות ברחיצת פנים וניגוב פנים, תספורת, מקלחת
			מעדיף לאכול מרקמי וסוגי מזון מסוימים ונמנע מאחרים
			רגיש לריחות גם אם הם לא מאוד חזקים



פעילות בחצר ותנועה (ניתן לסמן בכמה עמודות)

נמנע	מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	
				הליכה וריצה
				קפיצה
				משחקי כדור
				שימוש במתקנים
				עליה וירידה במדרגות
				רכיבה על אופניים
				קפיצה בחבל

פרט: _____

האם ילדך מתעייף בקלות? כן/ לא

האם ילדך מסורבל, נופל לעיתים קרובות? כן/ לא

מוטוריקה עדינה (ניתן לסמן בכמה עמודות)

דומיננטיות ידנית (קבועה/ מחליף ידיים- הקף), איזו יד? _____

נמנע	מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	
				משחקי מוטוריקה עדינה (חרוזים, פטריות, לגו)
				גזירה
				שליטה בכלי כתיבה
				ציור
				צביעה
				יצירה
				התארגנות בזמן העבודה
				כתיבה (אם רלוונטי)

פרט: _____



תפקוד בבית ספר (אם רלוונטי)

זקוק לעזרה	מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	
				מארגן את הילקוט והקלמר
				המחברות של הילד מסודרות
				הכנת שיעורי בית
				הישגים לימודיים

פרט: _____

משחק ופנאי

נמנע	מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	
				משחקי בניה והרכבה
				משחקי קופסא
				פאזלים
				משחקי דמיון

פרט: _____

האם ילדך משתתף בחוגים? _____ אילו? _____

מה ילדך מעדיף לעשות בשעות הפנאי? _____

באיזה משחקים נהנה ילדך לשחק בבית: משחקי "כאילו"/ קופסא/ פזל/ בניה/ טלוויזיה/ מחשב/ אחר _____



תפקוד חברתי

לעיתים רחוקות	לפעמים	בדרך כלל	
			יוצר קשר עם ילדים ומסוגל ליזום משחק
			מבקר חברים ומארח
			משתתף בפעילות חברתית-משחקים, מסיבות
			משתתף בתחרויות ומקבל הצלחה וכישלון
			מגיב באלימות פיזית או מילולית
			מוותר ומתפשר
			מבקש עזרה כשזקוק לה
			מפרש רמזים וסיטואציות חברתיות

פרט: _____

מהם הציפיות שלכם מהאבחון? _____

תודה על שיתוף הפעולה!