



## שאלון להורים (לילד עד גיל 3)

השאלון מנוסח בלשון זכר אך מיועד גם לבנים וגם לבנות.

תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_ ממלא השאלון: \_\_\_\_\_

קופת החולים אליה שייך הילד: \_\_\_\_\_

לאילו תחומים מקצועיים מופנה הילד? (נא להקיף בעיגול את התחומים הרלוונטיים): רופא התפתחותי/

פיזיותרפיה/ קלינאות תקשורת/ ריפוי בעיסוק/ תחום רגשי/ אחר: \_\_\_\_\_

### **פרטים אישיים:**

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ מסגרת חינוכית: \_\_\_\_\_ (גן/ מעון/ משפחתון/ מטפלת אישית)

(חינוך רגיל/ חינוך מיוחד) – הקף את התשובות הרלוונטיות

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_

טלפון הורה (אמא/אבא-הקף): \_\_\_\_\_

שמות ההורים: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

### מתי הופיעה כל אחת מהיכולות הבאות (לכתוב גיל בחודשים) והאם הילד מתקשה להשתמש בה?

חיוך \_\_\_\_\_ צחוק \_\_\_\_\_ הושטת יד לחפצים \_\_\_\_\_

התהפכות \_\_\_\_\_ העברת צעצוע מיד ליד \_\_\_\_\_ זחילה \_\_\_\_\_

עמידה \_\_\_\_\_ תפיסת חפצים קטנים \_\_\_\_\_ הליכה \_\_\_\_\_

בנייה בקוביות \_\_\_\_\_ חיפוש אחר חפץ שהוסתר \_\_\_\_\_ קוקו \_\_\_\_\_

הערות \_\_\_\_\_

### תפקוד הילד/ה היום

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

#### התנהגות

לעיתים רחוקות	לפעמים	בדרך כלל	
			רגוע, נינוח
			מסוגל לשחק לאורך זמן
			מסתגל למצבים חדשים
			חברותי
			שמח בדרך כלל
			נפרד מהוריו בקלות
			מתמודד עם קושי
			תנועתי באופן בולט

האם קיימת התנהגויות אחרות יוצאות דופן? פרט: \_\_\_\_\_



### אכילה ושתייה

האם היו קשיים בהנקה? \_\_\_\_\_

האם היו קשיים במעבר מיניקה לבקבוק? \_\_\_\_\_

מתי עבר הילד לאוכל מוצק והאם הוא מתקשה ללעוס? \_\_\_\_\_

האם הוא נוהג לאכול בלילה? \_\_\_\_\_

מהן שעות הארוחות בבית ומה הוא אוכל בכל ארוחה? \_\_\_\_\_

אילו סוגי אוכל הוא מעדיף לאכול? \_\_\_\_\_

מה הוא מסרב לאכול? \_\_\_\_\_

האם קיים ריור במהלך היום או בזמן האכילה? \_\_\_\_\_

האם הוא סבל או סובל מפליטות או מהקאות? \_\_\_\_\_

אף פעם	לעיתים רחוקות	בדרך כלל	בהתאם לגיל	לא רלוונטי	
					אוכל לבד באמצעות הידיים
					אוכל לבד באמצעות כפית או מזלג
					שותה לבד מבקבוק
					שותה לבד מכוס

פרט: \_\_\_\_\_

### תחושה (ניתן לסמן בכמה עמודות)

מחפש	נרתע	נמנע	אוהב	
				משחק בבצק/ פלסטלינה/ צבעי ידיים/ דבק/ מים/ חול
				מגע עם מים
				מגע עם ילדים או מבוגרים
				מגע עם אוכל

פרט: \_\_\_\_\_

האם הוא מביע אי נוחות ברחיצת פנים ובניגוב האף? \_\_\_\_\_

האם הוא מביע התנגדות חריגה במקלחת? \_\_\_\_\_

האם הוא רגיש לסוג מסוים של בגדים (גרביים, צווארון וכו')? \_\_\_\_\_

האם הוא מתנגד להחלפת בגדים או חיתולים? \_\_\_\_\_

האם הוא מצליח להירדם בקלות (בלילה, בצהריים)? \_\_\_\_\_

הערות \_\_\_\_\_



**פעילות תנועה בבית ובחצר (ניתן לסמן בכמה עמודות)**

נמנע	מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	
				הליכה
				ריצה
				משחקי כדור
				פעילות במתקנים
				עליה וירידה במדרגות
				טיפוס על רהיטים

פרט: \_\_\_\_\_

האם יש תנועות מיוחדות או תנועות החוזרות על עצמן (הליכה על קצות האצבעות, נפנופי ידיים וטלטולי גוף)? \_\_\_\_\_

**פעילות ידיים ומשחקים (ניתן לסמן בכמה עמודות)**

אילו משחקים יש בבית? \_\_\_\_\_  
במה הוא אוהב לשחק? \_\_\_\_\_

נמנע	מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	
				משחקי מוטוריקה עדינה (חרוזים, פטריות, מדבקות)
				משחקי הרכבה (מגה בלוקס, קוביות)
				פאזלים
				ציור או שרבוט
				משחקי דמיון
				משחקי קופסא

פרט: \_\_\_\_\_



**תפקוד חברתי ורגשי**

לעתיים רחוקות	לפעמים	בדרך כלל	
			מעדיף לשחק לבד
			מעדיף לשתף אחרים במשחק
			יוזם משחק משותף
			מבקש עזרה כשזקוק לה
			מגיב באלימות פיזית או מילולית
			מתייחס לרגשות שאחרים מביעים
			מביע רגשות מגוונים (שמחה, עצב וכו')

פרט: \_\_\_\_\_

מהם הציפיות שלכם מהאבחון? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תודה על שיתוף הפעולה!