

הורים יקרים

במסגרת מאמצנו לשפר את השירות המוענק לכם ולילדכם הכנו את השאלון המצורף בזאת. מילוי השאלון יסייע לנו להיערך לקראת האבחון.

אנא מלאו את השאלון במלואו. יש למלא את הטפסים בכתב גדול וברור ובעט בלבד אם השאלה אינה רלוונטית לגיל הילד, אנא ציינו זאת.

הפרעות בתקשורת

ריפוי בעיסוק

גורם המפנה: _____

סיבת הפניה: _____

פרטי אישיים

שם משפחה	שם הילד/ה	מין:	מספר זהות	תאריך הלידה
		ז / נ		
כתובת: רחוב	מספר	עיר/ ישוב	טלפון בבית	פקס

פרטי הורים

שם האם	טלפון נייד	מייל	שנת לידה	השכלה	עיסוק
שם האב	טלפון נייד	מייל	שנת לידה	השכלה	עיסוק

רקע משפחתי

מצב משפחתי של ההורים (הקף בעיגול)	נשואים/ גרושים/ פרודים/ משפחה חד – הורית/ אחר
מספר אחים/יות (פרט את גילם) ומיקום הילד במשפחה	
מסגרת חינוכית (הקף בעיגול)	חינוך רגיל / חינוך מיוחד
קופ"ח אליה משתייך הילד	כללית / מאוחדת / מכבי / לאומית
האם הילד/ה סובלת/ממחלה כלשהי?	לא / כן (פרט)
האם הילד/ה מקבלת/ת תרופות?	לא / כן (פרט)
האם טופל בעבר טיפולים פרא רפואיים (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, הפרעות בתקשורת)?	לא / כן (פרט וציין כמה זמן ובאיזו מסגרת)
האם הילד/ה עבר טיפול או אבחון פסיכולוגי?	לא / כן (פרט)
האם הילד/ה עבר ועדת שילוב או ועדת השמה בשירות הפסיכולוגי העירוני?	לא / כן (פרט)

היסטוריה רפואית והתפתחותית

האם ההיריון היה תקין?	כן / לא (פרט)
האם הלידה של הילד/ה הייתה רגילה?	כן / לא (פרט)
באיזה שבוע הייתה הלידה?	
מה היה משקל הלידה?	
האם היו בעיות לאחר הלידה?	לא / כן (פרט)
האם הילד/ה סבל/ה ממחלה מתמשכת או לא שגרתית בינקותו?	לא / כן (פרט)
האם ילדך עבר בדיקת ראייה, מתי ומה תוצאותיה?	
האם ילדך עבר בדיקת שמיעה, מתי ומה תוצאותיה?	
האם יש במשפחה קשיים התפתחותיים?	לא / כן (פרט למי ואיזה בעיות?)

תאר את הילד שלך בכמה משפטים- אנא התייחס לתחומי כוח ותחומים שדורשים חיזוק:

תאר את ילדך על פי האפיונים הבאים:

התנהגות	תמיד	בדרך כלל	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם
אקטיבי					
רגוע ונינוח					
מרוכז לאורך זמן					
מסתגל למצבים חדשים					
חברותי					
שמח בדרך כלל					
נפרד מהוריו בקלות					
מתמודד עם קושי					
עצמאי					
בטוח בעצמו					

האם קיימות התנהגויות אחרות יוצאות דופן? לא/ כן פרט:

התפתחות מוטורית , באיזה גיל ילדך ביצע?		
היפוך בטן-גב	היפוך גב-בטן	
ישיבה	צורת זחילה	
זחילה	הליכה	

שפה, דיבור ותקשורת	
באיזה גיל ילדך דיבר מילים ראשונות?	
באיזה גיל ילדך צירף מילים למבעים/ דיבר משפטים ראשונים?	
האם כיום ילדך נוטה לדבר ולספר חוויות ביוזמתו או זקוק לעידוד?	
האם לדעתך יש לו אוצר מילים נרחב?	
האם קיימים שיבוישי דיבור?	
האם ילדך נחר בלילות ? (הקף בעיגול)	לא / כן
האם ילדך מוצץ אצבע או מוצץ ? (הקף בעיגול)	לא / כן
האם גמול מחיתולים בלילה וביום? (הקף בעיגול)	לא / כן
האם קיים קושי בהבנת הוראות?	לא / כן (פרט)
האם קיים קושי בהבנת שאלות?	לא / כן (פרט)
מהן השפות המדוברות עם ילדך? כולל בגן, במשפחה מורחבת, עם מטפלת.	
והיה והילד/ה חשוף/ה ליותר משפה אחת (דו לשוני), מאיזה גיל הוא חשוף לעברית וכמה?	
והיה והילד/ה חשוף/ה ליותר משפה אחת (דו לשוני), מהי השפה היותר חזקה של הילד?	
האם הדיבור שוטף?	כן / לא (פרט)
האם קיימות בעיות קול, כגון צרידות, אינפוף (דיבור מהאף)?	לא / כן (פרט)

תחושה ומגע	
האם ילדך נמנע ממגע בחומרים כמו דבק, צבעי אצבעות, בוך, חול ?	לא / כן (פרט)
האם ילדך מביע אי נוחות ברחיצת פנים ובניגוב פניו?	לא / כן (פרט)
האם ילדך רגיש לסוג מסוים של בגדים או גרביים, צווארון?	לא / כן (פרט)
האם ילדך נרתע שנוגעים בו באופן בלתי צפוי?	לא / כן (פרט)
האם ילדך נהנה מחיבוק?	כן / לא (פרט)
האם קיימת רגישות/ חוסר רגישות חריגה לכאב?	לא / כן (פרט)
האם ילדך נמנע ממגע פיזי עם ילדים?	לא / כן (פרט)
האם ילדך מחפש מגע פיזי עם ילדים (מכות, האבקות, חיבוקים)?	לא / כן (פרט)
האם ילדך מראה רגישות לקולות מסויימים?	לא / כן (פרט)

תנועה

האם ילדך נהנה בגן שעשועים?	כן / לא (פרט)
האם הוא אוהב סיבובים באופן מיוחד (כגון, להסתובב בקרוסלה)?	לא / כן (פרט)
האם הוא תנועתי בבית?	לא / כן (פרט)
האם ילדך חזק / חלש / מתעייף בקלות?	בחר ופרט
האם ילדך מסורבל, נתקל, נופל לעיתים קרובות?	לא / כן (פרט)
האם ילדך מטפס לגובה?	כן / לא (פרט)
האם ילדך רוכב על אופניים?	כן / לא (פרט)
האם ילדך מעדיף משחקים בבית או בגן שעשועים?	בחר ופרט

פעילות ידיים

האם ילדך משתמש בקביעות באותה יד או מחליף ידיים באכילה, בציור וכיו"ב?	בחר ופרט
האם ילדך נהנה מפעילות מוטורית עדינה (כמו: הרכבה, השחלה, גזירה)?	כן / לא (פרט)
האם ילדך אווז בעיפרון ושולט בו?	כן / לא (פרט)
האם ילדך גוזר ושולט במספריים?	כן / לא (פרט)
כיצד ילדך מעדיף לעבוד: (הקף בעיגול)	בישיבה, בשכיבה, בעמידה

חברה

האם ילדך מתחבר בקלות עם בני גילו?	
האם ילדך יודע להיות ילדתך? (הקף בעיגול)	בחברת מבוגרים / בחברת ילדים גדולים ממנו / קטנים ממנו
האם ילדך משחקים נהנה לשחק בחצר?	
האם ילדך משחקים נהנה לשחק בבית?	משחקי "כאילו" / משחקי קופסה / פזל / משחקי בניה / צפייה בטלוויזיה / משחקי מחשב / משחקים בטלפון חכם
האם ילדך מסתדר טוב יותר בקשר עם ילד אחד או עם קבוצת ילדים?	
האם ילדך יודע להתחלק בצעצועיו או מגלה רכושנות?	
האם הילד נהנה מהאזנה לסיפור?	

תאר בכמה מילים את תפקודו של החברתי של ילדך על פי התרשמותך :

עצמאות

האם ילדך עצמאי כשהוא מתלבש?	
האם ילדך עצמאי באכילה ובשתייה?	

מוצק / נוזל / סמיך	מהם סוג מרקמי המזון שילדך מעדיף לאכול
	האם ילדך מתלכלך בזמן האכילה/שתייה?
	האם ילדך עצמאי ברחיצה ובהיגיינה אישית?
	האם ילדך מתמצא בסביבה הקרובה למקום מגוריו?
	האם ילדך מבחין בין ימין לשמאל?
	האם ילדך ישן במיטה שלו במשך כל הלילה?

סיכום

אנא דרג את רמת הדאגה שלך לילדך, בהקשר לפנייתך לאבחון:			
מוטרד/ת מאוד	מוטרד/ת	מוטרד/ת מעט	לא מוטרד/ת
רגוע			

מהם הקשיים העיקריים של ילדך כפי שנראים בעיניך?	
	בבית
	בגן / בכיתה
	בחברה

מהם הציפיות שלך מאבחון הילד? : _____

חובה למלא בכל מקרה בו ההורים גרושים

הריני מאשר/ת בזאת לילדי _____ ת.ז. _____ לקבל אבחון/ טיפול במרפאות האוניברסיטאיות

שם האב	ת.ז.	חתימה	נייד
שם האם	ת.ז.	חתימה	נייד

תודה על שיתוף הפעולה!

צוות המרפאות באוניברסיטת אריאל בשומרון