

## שאלון תפקודי להורים (יש למלא בעט כהה)

### הורים יקרים

על מנת שנוכל לקבל מידע על ילדכם ולהערך טוב יותר לקראת האבחון נבקשכם למלא את השאלון המצורף.

תאריך מילוי שאלון (חשוב למלא): \_\_\_\_\_  
 שם הילד/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_ טלפון בבית \_\_\_\_\_ טל' נייד \_\_\_\_\_  
 טל' נוסף \_\_\_\_\_ מסגרת חינוכית \_\_\_\_\_ חינוך מיוחד כן/לא \_\_\_\_\_

### פרטים על המשפחה

מצב משפחתי: נשואים / גרושים / פרודים / חד הורי  
 האם קיימת קרבת משפחה בין ההורים? \_\_\_\_\_

האם המשפחה או הילד עברו אירועי חיים מיוחדים: עליה/אבטלה/אשפוז ממושך/מחלה אחר:

\_\_\_\_\_

### האב

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### האם

שם פרטי: \_\_\_\_\_  
 ת. לידה: \_\_\_\_\_  
 השכלה: \_\_\_\_\_  
 מקצוע/מקום עבודה: \_\_\_\_\_  
 עובד/לא עובד (מס' שעות) \_\_\_\_\_  
 אחים ואחיות של הילד: \_\_\_\_\_

שם	מין	גיל	מסגרת חינוכית	מצב בריאותי/קשיים

יוזם ההפניה \_\_\_\_\_

סיבת ההפניה \_\_\_\_\_

**מחוז דרום**

**היסטוריה התפתחותית**

מהלך ההריון (שימוש בתרופות, בעיות של האם, אשפוזים וכו') \_\_\_\_\_  
 משך ההריון (בשבועות) \_\_\_\_\_ סוג הלידה \_\_\_\_\_ משקל בלידה \_\_\_\_\_  
 סיבוכים \_\_\_\_\_  
 האם השיג את אבני הדרך ההתפתחותיות בזמן או האם זכור לך איחור כלשהו בהתפתחות כתינוק/כילד  
 (זחילה, הליכה, מילים ראשונות, גמילה מטיטול, מוצץ)? \_\_\_\_\_

**היסטוריה רפואית**

אשפוזים ומחלות בילדות \_\_\_\_\_  
 מתי ואיפה עבר בדיקת ראייה ומה תוצאותיה \_\_\_\_\_  
 מתי ואיפה עבר בדיקת שמיעה ומה תוצאותיה (לצרף ב. שמיעה) \_\_\_\_\_  
 בעיות רפואיות אחרות \_\_\_\_\_  
 האם ילדך מקבל תרופות \_\_\_\_\_  
 האם הילד קיבל ו/ או מקבל טיפולים אחרים, פרט: סוג טיפול: \_\_\_\_\_  
 הגיל בו קיבל את הטיפול \_\_\_\_\_ מקום הטיפול \_\_\_\_\_  
 האם מוכרות במשפחה מחלות או בעיות התפתחות? \_\_\_\_\_

אנא סמנו במידה ואתם מבחינים בקושי בכל אחד מהתחומים הבאים, במקום בו יש קושי אנא פרטו:

תחום	האם יש קושי?	פרט
מוטוריקה גסה (ישיבה, הליכה, ריצה, קפיצה, גן שעשועים)	קושי/תקין	
מוטוריקה עדינה (ציור, כתיבה השחלה, גזירה)	קושי/תקין	
אכילה	קושי/תקין	
שינה	קושי/תקין	
רגישויות (מגע, ריח, טעם, קולות)	קושי/תקין	
עצמאות ביום יום (לבוש, היגיינה אישית..)	קושי/תקין	
שפה (אוצר מילים, שליפה, הבנת הוראות ושאלות)	קושי/תקין	באיזו שפה מדברים עם הילד? כולל במשפחה המורחבת

מחוז דרום

לציין אילו סוגי משפטים הילד מפיק- קצרים/ארוכים, פשוטים/מורכבים. האם יש טעויות דקדוק (זכר/נקבה, יחיד/רבים, שימוש בזמנים).	קושי/תקין	יכולת תחבירית ודקדוקית
אם יש שיבושי היגוי- לפרט אילו צלילים אינו הוגה ולצרף דוגמאות:	קושי/תקין	מובנות דיבור (שיבושי היגוי, חוסר שטף, קול, אינפוף, ריור)
	קושי/תקין	תקשורת (קשר עין, שיתוף בחוויות, קשרים חברתיים)
	קושי/תקין	ארגון וסדר
	קושי/תקין	התנהגות (התמודדות עם קושי, סף תסכול, קשב וריכוז)

סיכום

תארו את תחומי החוזק של ילדכם \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מה הם הקשיים העיקריים כפי שנראים בעינכם:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם וחתימת ממלא הטופס \_\_\_\_\_

תודה על שיתוף הפעולה,  
היחידה לניתוב ובקרה – התפתחות הילד

תאריך מילוי השאלון \_\_\_\_\_