

גני ח"מ - אשדוד

## שאלון הורים

תאריך מילוי השאלון : \_\_\_\_\_

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_

תאריך לידה : \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות : \_\_\_\_\_

כתובת : \_\_\_\_\_

טלפון בבית : \_\_\_\_\_

טלפון נוסף למקרים דחופים: \_\_\_\_\_

כתובת e-mail : \_\_\_\_\_

נייד (אם) : \_\_\_\_\_ נייד (אב) : \_\_\_\_\_

שם האם : \_\_\_\_\_ עיסוק : \_\_\_\_\_

שם האב : \_\_\_\_\_ עיסוק : \_\_\_\_\_

אחים – שם : \_\_\_\_\_ גיל : \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ גיל : \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ גיל : \_\_\_\_\_

אחיות – שם : \_\_\_\_\_ גיל : \_\_\_\_\_

שם : \_\_\_\_\_ גיל : \_\_\_\_\_

הערות על הרקע המשפחתי: \_\_\_\_\_

ארץ לידה: \_\_\_\_\_

תאריך עליה: \_\_\_\_\_

השפה המדוברת בבית: \_\_\_\_\_

מסגרת חינוכית למד בשנת הלימודים תשס"ט : \_\_\_\_\_

שם הגננת : \_\_\_\_\_

קופת חולים אליה שייכת הילד/ה: \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_

האם הילד/ה מוכר/ת בשירות הפסיכולוגי העירוני: \_\_\_\_\_

האם טופל/ אובחן בעבר/ כיום: כן/לא, היכן: \_\_\_\_\_

באיזה סוג טיפול: \_\_\_\_\_

האבחנות:

---

---

**הורה יקר !!!**

תשובותיך לשאלות הבאות יסייעו לנו באיסוף מידע לגבי התפתחות ילדך, והבנה כיצד קשייו משפיעים כיום על תפקודו בחיי היום יום.

**היסטוריה רפואית- התפתחותית:**

1. האם מהלך ההריון היה רגיל? כן/לא, פרט

---

---

2. האם הלידה היתה רגילה? כן/לא, פרט

---

---

3. האם הבדיקה הראשונה ( אפגר ) היתה תקינה? כן/לא, פרט

---

---

4. האם הילד סבל ממחלה בינקותו? כן/לא, פרט

---

---

5. האם הילד סובל ממחלה כלשהי היום? כן/לא, פרט

---

---

6. האם הילד מקבל תרופות? כן/לא, פרט

---

7. רגישויות הילד (במידה ויש):

8. האם ילדך עבר בדיקת ראייה? כן/לא, אם כן מתי

האם קיימת בעיית ראייה?

8. האם ילדך עבר בדיקת שמיעה? כן/לא, אם כן מתי

---

האם קיימת בעיית שמיעה?

האם יש לו/לה היסטוריה של דלקות כרוניות/נוזלים באוזניים?

---

9. אם היו אשפוזים/ביקורים בחדרי מיון, אם כן פרט על איזה רקע

---

---

10. האם ידוע על בעיות רפואיות/התפתחותיות במשפחה? פרט

---

---

11. א) האם ילדך השיג את אבני הדרך ההתפתחותיות בזמן? באם הינך זוכר/ת צייני/י

גיל:

ישיבה:

זחילה:

עמידה:

הליכה ( בלי לאחוז בידי מבוגר )

ב) התפתחות מילולית:

האם היה מלמול

באיזה גיל הופיעו מילים ראשונות

באיזה גיל הופיעו משפטים ראשונים \_\_\_\_\_

12. תאר/י את ילדך כתינוק ( הקף בעיגול את המושגים המתאימים ) :

שקט/עירני אקטיבי/פאסיבי בכיין/רגוע נוח וקל להרגעה/לא נרגע בקלות

13. באיזה גיל ילדך נכנס למסגרת חינוכית/ טופל ע"י מטפלת ? (סוג מסגרת ואיזה

קשיים גילו)

\_\_\_\_\_

האם הסתגל/ נפרד בקלות ?

14. האם היו לילדך בעיות שינה/ הרדמות ? כן/לא (זה חשוב גם אם קיימים

כיום)\_\_\_\_\_

15. האם ילדך התקשה לינוק או לשתות מבקבוק? כן/לא

16. מתי עבר לאכול אוכל מוצק, והאם המעבר היה תקין ?

17. האם ילדך נרתע מסוגי מזון מסוימים? כן/לא

18. מתי ילדך רכש שליטה בצרכים ( האם גמול ), והאם היו קשיים?

19. האם ילדך נראה רפוי יחסית לתינוקות אחרים ? כן/לא

\_\_\_\_\_

**כיום :**

1. האם את/ה או אדם אחר חושב שלילדך ישנו איחור התפתחותי ( מוטורי/שפתי/רגשי/התנהגותי/חברתי ) ?

---

---

2. האם את/ה או אדם אחר חושב שלילדך ישנו איחור ביכולת החשיבה?

---

3. האם את/ה חושב/ת שלילדך יש יכולת גבוהה יותר מכפי שהוא נראה בעיני אחרים, או מכפי שבא לידי ביטוי? ( פרט במה? )

---

4. כאשר ילדך משחק, האם הוא ( הקף בעיגול ) :

- פעיל במידה רבה / פעיל במידה רגילה / אינו פעיל מספיק
- לעיתים קרובות מביא את עצמו למצבים מסוכנים? כן/לא

---

- זהיר/פחדן מדי? כן/לא
- מוסח בקלות / מתקשה להתרכז? כן/לא
- מתקשה להתמקד בחפצים איתם הוא משחק/ת? כן/לא

---

- מתקשה להשלים משימות? כן/לא

5. מתקשה בלימוד מיומנויות חדשות ( לדוג' כתיבה, תפיסת כדור, רכיבה על אופניים )  
כן/לא?

---

---

6. במה ילדך אוהב/ת לשחק?

---

---

7. האם הוא/היא מלווה את המשחק במלל?

\_\_\_\_\_

8. האם מספר/ת חוויות מהגן? \_\_\_\_\_

### **הסתגלות חברתית**

האם ילדך

1. מעדיף/ה לשחק לבדו/ה? כן/לא/לפעמים \_\_\_\_\_

2. מתקשה להתחבר עם בני גילו/ה? כן/לא/לפעמים \_\_\_\_\_

3. מעדיף/ה או נרתע/ת מחברה של מבוגרים ממנו/ה? \_\_\_\_\_

4. מעדיף/ה או נרתע/ת ממשחק עם ילדים צעירים מגילו? \_\_\_\_\_

5. מתקשה להתחלק בצעצועיו עם חבריו? כן/לא/לפעמים \_\_\_\_\_

6. האם הוא/היא מכה או רב בתדירות רבה יחסית עם ילדים אחרים? כן/לא

\_\_\_\_\_

7. האם הוא/היא ממשיך/ה לשחק גם כשנתקל/ת בקושי? כן/לא/לפעמים

\_\_\_\_\_

8. מצב הרוח של ילדך בדרך כלל הוא : \_\_\_\_\_

9. האם לעיתים קרובות מגיב/ה בכעס, זעם או התנהגות חריגה אחרת? כן/לא/לפעמים

\_\_\_\_\_

### **התמצאות ועצמאות :**

1. האם ילדך מתמצא/ת בסביבה הקרובה למקום מגוריו? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. האם ילדך עצמאית בלבד? פרט /י

---

---

3. האם ילדך עצמאית באכילה ושתייה?

---

4. תאר אילו סוגי מזון ילדך אוכל ואילו הוא נמנע אכילה?

---

---

5. האם ילדך עצמאית ברחצה והיגיינה אישית? (האם הילד גמול מחיתול?)

---

---

**לסיכום:**

1. מה הקשיים העיקריים של הילד/ה כפי שנראים בעיניכם?

בבית:

---

---

במסגרת חינוכית:

---

---

בחברה:

---

---

2. מה הן הציפיות שלכם מהטיפול ומשנת הלימודים בגן?

---

---

---

---