

שאלון ראשוני להורים - אינטק

שם: _____ גו/בי"ס: _____ ת. לידה: _____
מיקומו של הילד/ה: _____
שם האב: _____ עיסוק ו: _____
שם האם: _____ עיסוקה: _____
אחים:/יות (שם וגיל): _____

סיבת ההפנייה

אבני דרך התפתחותיים

הריון, לידה (רצוי/לא, מתוכנן, מהלך ההריון, לידה) :

תאור הילד/ה כתינוק/ת (באיזה מצבים בכה, מה הרגיע אותו, אובייקט, מעבר) :

הרגלי אכילה (אז והיום) :

הרגלי שינה (אז והיום) :

מ. ת. י. - מרכז תמיכה יישובי
כפר-סבא

רגישות למגע, קולות ואור (אז והיום) :

יניקה, חיתולים וגמילה :

התפתחות מוטורית (ישיבה, זחילה, הליכה) :

התפתחות שפתית (מלמול, מילים ראשונות, משפטים) :

כניסה למסגרת חינוכית – גן/מעון (מתי החל ללכת לגן והאם היו קשיי פרידה חריגים) :

התנהגות חברתית – קשר עם ילדים (מהיג/מונהג, פתוח/סגור וכו') :

בעיות מיוחדות בגן בגיל הגן:

המעבר מגן לכתה א' :

הילד כיום:

תאור הילד/ה :

תחומי החוזק : (כוחות חיוביים, במה הוא טוב, אוהבלעשות)

דמויות משמעותיות בחייו/בחייה (אמיתיות/דמיוניות) :

התנהגות במשפחה :

יחסים של הילד/ה עם ההורים:

יחסים של הילד/ה עם אחים/אחיות:

תאור סדר היום של הילד/ה:

מ. ת. י. - מרכז תמיכה יישובי
כפר-סבא

תיאור תפקוד הילד/ה בגן/בביה"ס מנקודת ראות הוריו:

התנהגות חברתית בגן/בביה"ס:

אירועים משמעותיים בשנה החולפת (לידה, מעבר דירה, גירושין, פרידה, מוות):

האם חל שינוי בהתנהגות/ה של הילד/ה עקב אירועים אילו:

בעיות מיוחדות כיום (מצמוצי עיניים, גמגום, הרטבה, מצבי רוח וכו') :

בעיות בריאות ומגבלות גופנית :

הילד/ה מטופל/ת תרופתית:

הסטוריה טיפולית

איבחונים שנעשו לילד/ה:

טיפולים שנתנו לילד/ה (איזה ואיפה):

האם נמצאת/ בטיפול כיום? (איזה והיכן)

סיבות להפנייה (מנקודת מבט של ההורים)

הקשיים בהם נתקלים ההורים:

מהם ציפיות ההורים מהטיפול:

מידע חשוב נוסף שעל המטפלת/ת לדעת בנוגע למשפחת הילד/ה:

המטפלת/ת שערכה את האינטק: _____ תאריך: _____