

שאלון הורים

בס"ד

לתשומת לב: הטיפול מצריך הדרכת הורים של שני בני הזוג לאורך זמן!

תאריך מילוי השאלון: _____

חלק א' - פרטים אישיים

שם הילד	שם משפחה	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	גיל
כתובת	ארץ לידה	שם גן/ בייס	כיתה	טלפון בבית

שם האב	ת.ז.	ת. לידה	ארץ לידה	שנת עליה	עיסוק	גיל	נייד	מייל

שם האם	ת.ז.	ת. לידה	ארץ לידה	שנת עליה	עיסוק	גיל	נייד	מייל

מצב משפחתי: (הקף בעיגול) נשואים / גרושים / פרודים

תאריך נישואין: _____ גיל האב בנישואין: _____ גיל האם בנישואין: _____

תאריך גירושין: _____ גיל האב בגירושין: _____ גיל האם בגירושין: _____

תאריך נישואין: _____ גיל האב בנישואין: _____ גיל האם בנישואין: _____

השפה המדוברת בבית: 1. _____ 2. _____

*האם המשפחה נמצאת בקשר עם הרווחה: כן / לא **שם העו"ס:** _____

*האם המשפחה פנתה למקומות נוספים על מנת לקבל טיפול? _____

*האם הילד/ילד אחר במשפחה/ההורים מטופלים במקום אחר. אם כן היכן? _____

*מי היפנה? _____

המרכז לגיל הרך רח' הירדן 31 ב"ב טל: 03-7707391 פקס: 03-7707308 cohenester@Bbm.org.il

ילדי המשפחה:

שם	גיל	ת.ל.	גן/ כיתה/ עיסוק
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

כיצד היית מתאר/ת את הקשר של הילד עם אחיו: _____

מי עוד גר עם המשפחה? _____

קשר עם משפחה מורחבת: _____

הילד כיום:

סיבת הפנייה: _____

המרכז לגיל הרך רח' הירדן 31 ב"ב טל: 03-7707308 פקס: 03-7707308 cohenester@Bbm.org.il

סיבה לעיתוי הפנייה הנוכחי: _____

מתי התחילה הבעיה? _____

מה ניסו לעשות עד היום? (אם טופל, איפה טופל, שם מסגרת הטיפול)

אם נכשל הטיפול, מדוע נכשל לדעתם?

תארי את ילדך כיום (תכונות אופי, נקודות חוזק וחולשה)

(התנהגות בבית- ביישן, חוצפן, מתפרץ, תוקפן, עצמאי, תלוי, שתלטן, שמח, עצוב, משחק בהתאם לגילו, מנסה להרגיז, פרובוקטיבי).

האם הילד מעורב בתאונות

רבות. _____

מהם הפעילויות המועדפות עליו, האם הולך לחוגים: _____

תארי פעילויות משותפות שעושה עם כל אחד מההורים. מתי ולאורך כמה זמן:

עם האם: _____

עם האב: _____

המרכז לגיל הרך רח' הירדן 31 ב"ב טל: 03-7707391 פקס: 03-7707308 cohenester@Bbm.org.il

תארי את סדר היום של ילדך (שעת קימה, ארוחות, משחקים, חברים, שעת שינה):

סדרי שינה של המשפחה:

כמה חדרים בדירה ומי ישן בכל חדר:

האם יש מיטה קבועה לילד: _____

האם ישן לבד במיטה: _____

האם ישן בחדר עם ההורים: _____

האם ישן בחדר עם ילדים אחרים, עם מי: _____

האם נרדם מהר: _____

האם מתעורר הרבה בלילה: _____

חלק ב' - רקע התפתחותי

הריון ולידה

איך הרגשתם כשהתגלה ההיריון? _____

איך עבר ההיריון? _____

באיזה חודש/ שבוע נולד? _____

סוג הלידה: רגילה / קיסרי / אחר. פרט: _____

האם היו אירועים משמעותיים במהלך ההיריון ו/או הלידה? כן / לא פרט: _____

ינקות

האם התינוק ינק? כן / לא עד איזה גיל? _____

האם היו בעיות באכילה ומה המצב כיום? _____

תארי את בנך/ בתך בתור תינוק: חייכן / ישנוני / בכיין / נוח / ערני / פעיל / שקט

אחר: _____

האם זחל? כן / לא

המרכז לגיל הרך רח' הירדן 31 ב"ב טל: 03-7707391 פקס: 03-7707308 cohenester@Bbm.org.il

האם היו קשיים התפתחות המוטורית? כן / לא
 אם כן, האם אובחן ו/או טופל ע"י פיזיותרפיסט או מרפאה בעיסוק? כן / לא
 אם כן, באיזה גיל? _____ על ידי מי? _____
 לאורך כמה זמן? _____
 מה היו המסקנות וההמלצות? _____
 האם היו קשיים בהתפתחות השפה? כן / לא : גמגום / שיבושים / דיבור לא ברור / אחר : _____

 אם כן, האם אובחן ו/או טופל ע"י קלינאית תקשורת? כן / לא
 אם כן, באיזה גיל? _____ על ידי מי? _____
 לאורך כמה זמן? _____
 מה היו המסקנות וההמלצות? _____
 באיזה גיל נגמל/ה מחיתולים : ביום? _____ בלילה? _____
 כיום, האם מרטיב / מלכלך במכנסיים? כן / לא מתי? _____
 באיזו תדירות? _____
 האם הולך לשירותים לבד? _____

בריאות

ממצאים	הגורם הבודק/ המטפל	לא	כן, ציין באיזה גיל	
				האם הילד עבר בדיקת שמיעה
				האם הילד עבר בדיקת ראייה
				האם הילד עבר אבחון נוירולוגי
				האם יש לילד בעיה בריאותית
				האם הילד נוטל תרופות (כולל ריטלין)

אם יש לילד בעיה באחד התחומים, אנא פרט כאן את הבעיה ואת הטיפול שמקבל :

האם אושפז בעבר בבית? כן / לא סיבת האשפוז? _____

גיל : _____ תקופת האשפוז : _____ באיזה קופת חולים חבר? _____

המרכז לגיל הרך רח' הירדן 31 ב"ב טל: 03-7707391 פקס: 03-7707308 cohenester@Bbm.org.il

האם יש במשפחה מחלות כרוניות או תופעות בריאותיות יוצאות דופן? כן / לא פרט: _____

האם סובל מרגישות (יתר או חסר) למגע / לרעש / לאור פרט: _____

האם היו שינויים במשפחה בשנים האחרונות (חזרה בתשובה, מעבר דירה, פטירה, לידה, נישואין)? פרט: _____

האם עבר/ ה אבחון או טיפול פסיכולוגי, אם כן, פרט: _____

האם הילד מבקר במועדונים/ צהרונים אחר הצהריים? כן / לא

לפניכם רשימת התנהגויות. אנא סמנו בטבלה באיזו תדירות הן מופיעות אצל ילדכם:

הערות	לעיתים קרובות	לעיתים רחוקות	אף פעם	
				נוהג למצוץ אצבע/ מוצץ, עד מתי?
				נוטה לבכיינות
				מתמרד
				סובל מהתפרצויות זעם
				סובל מפחדים (לדוג': חלומות בלילה)
				אחר

מצב חברתי

האם יש חברים? _____

האם מבקרים בביתו? הולך אליהם? _____

יחסי הורה- ילד

האם הוא מפונק בבית _____

האם הוא מקופח בבית _____

האם התנהגותו שונה מזו של שאר הילדים בבית _____

המרכז לגיל הרך רח' הירדן 31 ב"ב טל: 03-7707391 פקס: 03-7707308 cohenester@Bbm.org.il

אם כן, מדוע לדעתם? _____
 האם קיימים ויכוחים בין ההורים בקשר לחינוך הילדים _____
 האם משאירים את הילד לבד _____
 מאיזה גיל משאירים אותו לבד _____
 למי מההורים דומה הילד לדעתם _____

מהם הציפיות של ההורים, מה הייתם רוצים שישתנה? _____

מה חשוב לכם להוסיף שלא נשאלתם בשאלון? _____

ממלא השאלון: _____

המרכז לגיל הרך רח' הירדן 31 ב'ב טל: 03-7707391 פקס: 03-7707308 cohenester@Bbm.org.il