

שאלון רקע הילד

השאלון הזה הורכב על מנת לאפשר לנו להכיר ולהבין את ילדכם טוב יותר.

אנא קראו את השאלות וענו עליהן בצורה המלאה ביותר שתוכלו.

1. מידע אודות הילד

שם: _____ תאריך לידה: _____ גיל: _____

גן (מעון/ טרום טרום חובה, טרום חובה, חובה, אחר): _____

ת.ז. _____ כתובת: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ טלפון נייד (שני ההורים): _____

e-mail (שני ההורים) _____

תאר את ילדך במספר מילים: _____

1

2. מידע אודות המשפחה

מבנה התא המשפחתי: (נשואים/ פרודים/ גרושים/ אלמן/נהל חד הורים/ הורות משותפת וכו') _____

הילד גר עם: (שני ההורים/ הורה/אם ואב חורג/ אפטרופוס/ אחר) _____

תקופת הנישואין (בשנים): _____ / תקופת הגירושין (בשנים): _____ גיל הילד בזמן הגירושין: _____

במקרה של הורים גרושים נא לפרט לגבי הסדרי משמורת והסדרי ראייה קבועים

הורה א' (או הורה מאמץ/חורג)	הורה ב' (או הורה מאמץ/חורג)	מידע על ההורים:
_____	_____	שם
_____	_____	גיל
_____	_____	מס' שנות למוד
_____	_____	תעודה/תואר
_____	_____	מקצוע
_____	_____	השכלה או הכשרה מיוחדת
_____	_____	קשיי לימוד-פרט באילו מקצועות

בעיות התנהגות בעבר וטיפולים שקבלת
בעיות בקשב או היפראקטיביות? אנא תאר/י
בעיות פסיכולוגיות בעבר עבורם קבלת טיפול

ילדים נוספים:

שם	גיל	מין	מסגרת	קשיים בבי"ס/התנהגות/רפואיות
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3. משפחה ביולוגית מורחבת

האם בני המשפחה המורחבת (למשל דודים, דודות, בני דודים) מתמודדים עם בעיות בקשב או היפראקטיביות, אפילפסיה, מיגרנות, שימוש בסמים או אלכוהול, קשיים אישיותיים או רגשיים, ליקויי למידה או בעיות התפתחותיות; הפרעות נוירולוגיות? כן לא

אם כן, אנא ציין מה הקרבה המשפחתית לילד/ה, ותאר את ההפרעה והטיפול אשר מקבל

2

הורה א' - שם:	הורה ב' - שם:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. לידה והתפתחות הריון

אורך ההריון בשבועות: _____ מחלות או סיבוכים כלשהם במהלך ההריון: כן לא

אם כן, תאר/י: _____

כמה הריונות (כולל הפלות) עברת? _____

תרופות או חומרים כימיים (למשל אלכוהול/סיגריות) בהם נעשה שימוש במהלך ההריון: כן לא

אם כן, אילו תרופות? _____ **אם כן**, כמה סיגריות? _____ (ליום / לשבוע)

אם כן, אלכוהול: כמות השתיה _____ (ליום / לשבוע / לחודש)

אם כן, סמים: איזה סוג סם, תדירות השימוש ובאיזה חודש הריון פסק השימוש: _____

לידה

האם הלידה הייתה תקינה כן / לא

אם לא, אנא הסבר/י: _____

האם לדעתך הבעיות של הילד/ה קשורות להריון או ללידה שלו/ה? כן / לא

אם כן, אנא הסבר/י: _____

משקל לידה: _____ גובה: _____ ציון אפגר (Apgar): _____

האם האם או התינוק/ת אושפזו בטיפול נמרץ? כן לא

אם כן, תאר/י בעיות מיוחדות: _____

אם היו סביב הלידה או מיד לאחריה סיבוכים כן לא

אם כן, תאר/י מומי לידה אם היו: _____

ינקות וילדות מוקדמת

אנא, דרג/י את ילדך/תך בנוגע להתנהגויות הבאות: הקף/פי 1 אם ההתנהגות הכתובה מימין הייתה רוב הזמן. הקף/פי 5 אם ההתנהגות הכתובה משמאל הייתה רוב הזמן. מצבי ביניים מיוצגים ע"י המספרים 2,3, ו-4. אם מתוארות שתי התנהגויות (כמו למשל, התפרצויות זעם, הטחת הראש), סמן/י את המתאימה ביותר:

שקט ורגוע	1	2	3	4	5	קולני וחסר שקט
קל מאד להאכיל אותו	1	2	3	4	5	בעיות האכלה יום יומיות
ישן טוב	1	2	3	4	5	בעיות שינה תכופות
חסר פעילות	1	2	3	4	5	פעילות יתר
מתרפק, קל לחיבוק	1	2	3	4	5	לא נהנה ממגע
קל להרגיע אותו	1	2	3	4	5	התפרצויות זעם, מטיח את הראש
זהיר	1	2	3	4	5	מסתכן, לא זהיר
נהנה מקשר עין	1	2	3	4	5	נמנע מקשר עין
אוהב חברה	1	2	3	4	5	אינו אוהב קשר עם אנשים
נפרד בקלות (מאבא או אמא)	1	2	3	4	5	מתקשה מאוד להיפרד

הנקה / האכלה מבקבוק, אנא פרט/י _____

האם נצפתה רגישות כלשהי למגע של הגוף עם חומרים? כן לא. אם כן, פרט/י: (כמו חול, מים, חומרים מלכלכים)? _____

האם היו קשיים נוספים בתקופת הילדות המוקדמת: _____

האם אירוע כלשהו, מצב בריאותי, פירוד וכדומה הפריע לאמא לטפל בילד או הפריע להתפתחות הקשר ביניהם? כן לא . **אם כן**, אנא תאר/י _____

גילאים בהם השיג/ה את אבני הדרך ההתפתחותיות:

תחום	גיל	הערות
מוטוריקה גסה	התהפכות	
	ישיבה	
	זחילה	
	עמידה	
	הליכה	
	ריצה	
	קשיים כיום?	
מוטוריקה עדינה	השחלה	
	אכילה עצמאית בכפית	
	שתיה מכוס	
	קשיים כיום?	
שפה	הברות	
	מילים ראשונות	
תחום	גיל	הערות
	משפט (2 מילים או יותר)	
	תיאור מילולי של פעולה או מצב	
	קשיים כיום?	
	גמילה מחיתולים ביום	
הסתגלות	גמילה מחיתולים בלילה	
	גמילה ממוצץ	

ההתפתחות הכללית הייתה: **איטית רגילה מהירה**

5. רקע רפואי

האם הילד/ה נלקח/ה בעבר לחדר מיון בשל אירוע חירום, אושפז/ה או נותח/ה מאז לידתו/ה? כן לא . **אם כן**, תאר/י בבקשה את המצב/הפציעה; הטיפול, מתי אירע, למשך כמה זמן והיכן: _____

האם הילד/ה נפגע בראשו: כן לא . **אם כן**, האם הוא/היא אבד/ה את הכרתו/ה? כן לא .

אם כן, למשך כמה זמן? _____ האם ראית את ילדך כ: היפראקטיבי : כן לא ,
חסר תשומת לב: כן לא , בעיות התנהגות : כן לא . האם נראה שהילד יכול לשלוט על
התנהגותו ולהתרכז? כן לא . **אם לא**, אנה הסברי/י _____

האם ילדך אובחן בעבר ע"י פסיכולוג, רופא, או איש מקצוע אחר כסובל מהפרעה בקשב ומפעילות יתר?
כן לא **אם כן**, פרטי/ את ציון מועד האבחנה: _____
האם הילד קיבל טיפול (לא תרופתי) להפרעת הקשב ? כן לא **אם כן**, איזה? _____
האם הילד קיבל טיפול תרופתי להפרעת הקשב ? כן לא . **אם כן**, אילו תרופות (כולל מינון וזמנים)

תארי/ בבקשה קשיים / נכויות אחרים/ות או מצבים בריאותיים ונפשיים מיוחדים אחרים עבורם טופל בעבר:

תאריך של בדיקת שמיעה אחרונה: _____ האם התוצאות היו תקינות? כן לא
אם לא, אנה פרטי/י: _____

האם ילדך סובל או סבל בעבר:

רגישות לרעש	כן	לא
דלקות אוזניים חוזרות	כן	לא
נוהגת לשאול "מה" פעמים חוזרות בזמן שיחה אתו/ה	כן	לא
מרשימה שלא מבין/ה מה שמדברים אתו/ה	כן	לא
האם יש קושי בהאזנה לטלפון	כן	לא

תאריך בדיקת ראייה אחרונה: _____ האם הילדה מרכיבה משקפיים או עדשות מגע ? כן לא
האם ילדך/תך נוטל תרופות כיום כן לא . **אם כן**, פרטי/ אותן (כולל מינון וזמנים) :

האם הילד/ה סבלה/ה מבעיות שינה? כן לא . **אם כן**, באיזה תדירות? _____
האם הילדה סובלת או סבלה מכאבי ראש?, כן לא . **אם כן**, באיזה תדירות? _____
האם לוקחת תרופות נגד כאבי ראש?, כן לא . **אם כן**, פרטי: _____
האם הילדה סבלה מהתכווצויות?, כן לא . **אם כן**, מתי? _____
האם הילדה קבלה/ת תרופות? כן לא . **אם כן**, אילו: _____
האם מקבלת תרופות עכשיו? כן לא . **אם כן**, אילו: _____

האם הילדה מקבלת או קבלה בעבר טיפול . נא רשום/מי תקופת הטיפול, מקום ושם המטפלת

מתאריך לתאריך	איפה	שם המטפלת	תחומים
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

כללית, מצבו/ה הבריאותי של ילדתך כיום הוא: **גרוע סביר טוב מצוין**

6. רקע חינוכי

עד איזה גיל הילד שהה בבית? _____ אנה סמן האם טופל על ידי: האם / מטפלת

האם הילד ביקר/מבקר בגן או במעון? כן /לא

מהו סוג המסגרת (מעון, גן פרטי, גן טיפולי, גן רגיל עם סייעת, גן רגיל ללא סיוע)? _____

הגיל בו התחיל לבקר במסגרת זו: _____

מהם הקשיים שעולים במסגרת זו? _____

מהם החוזקים של ילדכם שבאים לידי ביטוי בגן? _____

האם ילדתך מבקרת/ת בחוג מחוץ למסגרת החינוכית? כן לא . אם כן, פרט: _____

האם מתאים למסגרת החינוכית בה נמצא: כן / לא

במידה ולא, אנה רשמי/ום איזה מסגרת תתאים יותר לילדך: _____

7. רקע התנהגותי, חברתי ורגשי

א. האם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה / / התקשה באחד התחומים המפורטים. אנה סמן X ופרטו:

תחומים	כן	לא	פרט
תקשורת (קשר עין, הדדיות)			
ריכוז וקשב			
יצירת קשרים חברתיים			
התנהגות (דיכאון, חרדה, תנועתיות יתר, קשיים במשמעת, קשיי הסתגלות)			
פרידה מן ההורים			

מכון להתפתחות הילד			המשויות (למגע, ריח, קולות)
			אחר

תארי/ נא, התנהגויות של ילד/תך המדאיגות אותך או אנשים אחרים, במיוחד: _____

תארי/ נא אירועים חריגים, טראומתיים או מעוררים חרדה, אשר יתכן שהשפיעו על התפתחותו/ה

ותפקודו/ה העכשוויים של ילד/תך, נא פרטי אירוע, _____

גילו/ה של הילד/ה בזמן האירוע ותגובתו/ה: _____

האם הילד/ה או המשפחה קיבלו טיפול רגשי מקצועי כלשהו, כמו יעוץ אישי או קבוצתי וכד'?
 כן לא אם כן, אנא פרטי כל טיפול שקיבל/ה בעבר או בהווה, כולל סוג הייעוץ, האדם שקיבל יעוץ,
 שם היועץ ואורך הטיפול: _____

8. אישיות והתנהגות כיום

הקפי/ כל תכונה או התנהגות המאפיינת את ילדך/תך כיום:

עצוב	שמח	מנהיג	מונהג	נוטה למצבי רוח
חברתי	שקט	פעילות יתר	עצמאי	תלותי
רגיש	מביע רגש	מלא פחדים	משתף פעולה	התפרצויות זעם
חסר אנרגיה / עייף	אחראי מדי (דואג)	בעיות בשניה	קשה לשליטה	מזג או אופי נוח
מעדיף להיות לבד	לא יוזם	מבולבל	לא מנומס	אימפולסיבי

תארי/ את משחקו של הילד כיום, מה אוהב לעשות בשעות הפנאי ועם מי (נסו לתת דוגמאות ספציפיות)

האם יש דברים נוספים שברצונכם לציין?

ציפיותיכם מתוכנית הטיפולים

חתימות שני ההורים _____ תאריך: _____

_____ תאריך: _____

תודה רבה על שיתוף הפעולה

צוות תוכנית בריאותית מקדמת

מכון להתפתחות הילד