

הורים יקרים,
 על מנת שנוכל לקבל מידע על ילדכם ולהיערך טוב יותר לקראת האבחון בריפוי בעיסוק נבקשכם למלא את
 השאלון המצורף, ולהחזיר לפקס מספר: 03-9253255.

בברכה,
 צוות הריפוי בעיסוק,
 טל. 03 - 9253696

שאלון הורים

פרטים אישיים

שם הילד: _____ תאריך לידה: _____
 מספר ת.ז. _____ כתובת: _____
 טלפון: _____ מסגרת חינוכית: _____
 נידד: _____

גורם מפנה לאיבחון: _____

סיבת הפנייה: _____

רקע משפחתי:

| שם | גיל | מקצוע | יד דומיננטית |
|-----|-----|-------|--------------|
| האם | | | |
| האב | | | |

הערות: _____

אחים ואחיות של הילד:

| שם | מין | גיל | מסגרת חינוכית | הערות |
|----|-----|-----|---------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

רקע התפתחותי

מהלך ההריון (שימוש בתרופות, אישפוזים, וכו'): _____

סוג לידה: _____ שבוע הלידה: _____ משקל בלידה: _____

סיבוכים: _____

אבני דרך התפתחותיות. ציין את **הגיל** בו הילד ביצע עצמאית:

התהפך _____ התפשט בעצמו _____ מתי נגמל מיניקה _____
 זחל על 6 _____ התלבש בעצמו _____ מתי נגמל ממוצץ _____

הלך _____ אכל באופן עצמאי _____ מתי נגמל מבקבוק _____

דיבר 3-4 מילים במשפט _____

מתי החל לשלוט על צרכיו ביום/ בלילה _____

האם השיג את אבני הדרך ההתפתחותיות בזמן או האם זכור לך איחור כלשהו בהתפתחות
כתינוק/כילד? _____

רקע רפואי

אשפוזים ומחלות בילדות _____

רגישויות _____

דלקות אוזניים _____

האם עבר בדיקת ראייה ומה תוצאותיה _____

האם עבר בדיקת שמיעה ומה תוצאותיה _____

בעיות רפואיות אחרות _____

האם ילדך מקבל תרופות _____

האם הילד קיבל ו/ או מקבל טיפולים אחרים? סמן: דיאטה/תזונה, קלינאית תקשורת,
פיזיותרפיה, ייעוץ פסיכולוגי, עזרה פסיכיאטרית, גננת שיח, גן טיפולי, טיפול אלטרנטיבי.
פרט (גיל ומשך טיפול): _____

האם מוכרות במשפחה מחלות או בעיות התפתחות? _____

תפקוד הילד בבית:

תאר את תפקודו של הילד בתחומים הבאים (מידת עצמאות, קשיים ואופן ביצוע):

1. תפקוד בחיי היום יום:

א. לבוש: _____

ב. מיומנויות אכילה- אנא התייחסו בפירוט לסעיפים הבאים:

מגוון של מזון _____

הירתעות ממזונות חדשים/ שונים _____

שמירה על סביבת אכילה נקייה/ מסודרת _____

ג. רחצה: _____

ד. היגיינה אישית _____

ה. שינה ומנוחה (נרדם בקלות, מרבה להתעורר, תנועתו בשנותו): _____

ו. הפעלת מכשירים חשמליים: _____

האם סדר היום של ילדך קבוע? _____

2. תפקוד בשעות הפנאי ובעת משחק:

- א. מהם המשחקים המועדפים על ילדך: _____
- ב. באילו משחקים אינו אוהב לשחק/ נמנע מהם? _____
- ג. מה ילדך מעדיף לעשות בשעות הפנאי: _____
- ד. האם ילדך מסוגל להעסיק את עצמו לאורך זמן? _____
- האם ילדכם יוצר קשר עם בני גילו? _____
- האם קיימות בעיות בהתנהגות/ בקבלת גבולות? _____
- האם ילדך נהנה מגן השעשועים? מה הפעילויות המועדפות עליו שם? _____
- האם ילדך רוכב על אופניים? כן / לא עם / בלי גלגלי עזר? _____
- האם קיימת רגישות כלשהי למגע גופני או לבגדים מסוימים? כן / לא, פרט: _____
- כיצד מתנהג ילדך במגע עם חול, דשא, דבק, וצבעי גואש? האם נהנה/ נמנע _____
- האם ילדך נהנה לצייר, לגזור ולבצע מלאכות יד שונות? כן / לא, פרט: _____

תפקוד הילד בגן:

מה מדווחת הגננת/מורה על תפקודו/ה במסגרת החינוכית:

- התנהגות _____
- (שיתוף פעולה, קשב וריכוז) _____
- תפקוד חברתי _____
- השתתפות בפעילויות יצירה _____
- משחק בחצר _____

ה. סיכום

- באלו תחומים ילדך חזק? _____
- באלו תחומים היית רוצה לראות שיפור אצל ילדך/תך? _____
- האם יש משהו נוסף בקשר לילדך שהיית מעוניין לציין? _____

תודה על שיתוף הפעולה.

צוות ריפוי בעיסוק

היחידה להתפתחות הילד

מרכז שניידר לרפואת ילדים