

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

תאריך _____

שאלון להורים

הורים יקרים,

שאלון זה יהיה לנו לעזר רב, אנא סמנו את התשובות המתאימות ומלאו את החסר בתשומת לב. באם אינך יודע/ת את התשובה כתב/י "איני יודע/ת", באם יש צורך בכך הוסף/פי פרטים נוספים. למטרה זו את/ה יכול/ה להשתמש בצד האחורי של הדפים.

**בברכה
צוות המכון להתפתחות הילד**

נתונים אישיים:

שם הילד/ה _____ מס' ת"ז _____

גיל הילד _____ תאריך לידה _____

כתובת: רח' _____ מס' _____ דירה _____ עיר _____

מיקוד _____ טלפון בבית: _____ כתובת מייל _____

נייד אם: _____ נייד אב: _____

טל' של האם בעבודה: _____ טל' של האב בעבודה: _____

קופ"ח של הילד _____ סניף _____ בעיר _____

מצב משפחתי נשוי/אה _____ חד הורית/ת _____ גרושה/ה _____ אחר _____

סיבת הפניה:

מה סיבת הפניה? (תאר במשפט אחד): _____

מהו לדעתכם הקושי העיקרי של הילד: _____

האם יש קשיים נוספים? פרט _____

מתי הבחנתם לראשונה בקושי: _____

מי הבחין בקושי? _____

למה אתם מצפים מאבחון במכוננו? _____

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

באילו תחומים אתם מרגישים שיש צורך בעזרה:

פרט	לא	כן	
			הערכה רפואית
			טיפול בילד בבית
			הסתגלות לסביבה
			תכנון לטיפול בעתיד
			תכנון לחינוך
			שונה (פרט)

נתונים לגבי הריון ולידה:

מהלך הריון: תקין/לא תקין אם לא תקין פרט:

בית חולים בו נולד הילד/ה: _____

האם התינוק נולד: בתאריך הצפוי? כן / לא מוקדם / מאוחר בשבוע הריון _____ פרט _____

מהלך לידה: טבעית (ספונטנית) / לאחר זירוז

סוג הלידה: רגילה / ואקום / ניתוח קיסרי / דחוף / מתוכנן

משקל הילוד: _____ ציון אפגר _____

כעבור כמה ימים שוחרר הילד מביה"ח? _____

האם היו בעיות כלשהן לאחר הלידה? פרט _____

האם ברצונך להוסיף מידע כלשהו בקשר ללידת התינוק

נתונים לגבי התפתחות הילד:

באיזה גיל החל ילדך: לחייך _____ להתהפך _____ להתיישב _____ לזחול _____ לעמוד ללא

עזרה _____ ללכת ללא עזרה _____ להשתמש במילים _____ להשתמש במשפטים _____

האם הילד גמול מטיטולים: כן/לא באיזה גיל נגמל: _____

האם הילד ינק? כן / לא אכל מבקבוק? כן / לא האם היה קושי בשלב זה? כן / לא

פרט _____

האם היו קשיים במעבר למזון מוצק? כן / לא פרט _____

האם קיימת העדפת מזון? כן / לא פרט _____

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

איך הוא אוכל היום? פרט _____
 האם הילד עצמאי באכילה? כן / לא _____
 האם הילד מתלבש בעצמו? כן / לא _____
 איך הילד ישן _____
 איפה הוא ישן _____
 האם בעבר היו דברים שהילד הצליח לעשות אך הם נעלמו בהמשך? _____

באיזה גיל החל הילד לבקר בגן? _____
 תאר את הסתגלות לגן: _____

תאר את הילד בבית: _____

האם הילד עבר אבחונים במכון להתפתחות הילד בעבר? כן / לא _____
 אם כן, היכן _____
 האם טופל / מטופל במכון להתפתחות הילד? כן/לא _____
 אם כן היכן ובאיזה תחום _____

האם הילד...:

פרט	לא	כן	
			אוהב לשחק
			מסוגר ועצוב
			עצמאי
			תוקפן
			סקרן
			הרסני
			מלא חיבה
			ביישן
			אוהב לשחק עם עוד ילדים
			מגמגם לפעמים
			מסתדר עם אחיו
			נתקף כעס
			מגלה פעילות יתר
			סובל מפחדים
			התקפים של עצירת נשימה
			מתקשה להיפרד

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

נתונים רפואיים:

האם ילדכם סובל מבעיה או מחלה רפואית מיוחדת (לדוגמה אפילפסיה, בעיות שמיעה או ראייה):

האם הילד היה מאושפז בעבר? כן / לא באיזה גיל _____ סיבת אשפוז _____

האם הילד מקבל תרופות באופן קבוע? כן/לא איזה _____

פרטים לגבי משפחת הילד:

שם	תאריך לידה	מספר ת.ז.	ארץ לידה	מוצא	שנת עליה
אב					
אם					

שירות צבאי	שנות לימוד	מקצוע	במה עוסק כעת
אב כן/ לא/ חלקי			
אם כן/ לא/ חלקי			

שם ומשפחה	תאריך לידה	ארץ לידה	מס' שנות לימוד	במה עוסק	מחלה או סיבת מוות
סבא מצד האב					
סבתא מצד האב					
סבא מצד האם					
סבתא מצד האם					

האם הורי הילד חיים יחד? כן/ לא האם הורי הילד קרובי משפחה? כן/ לא

מה השפה/שפות המדוברת בבית _____

מחלות כרוניות של האב _____

מחלות כרוניות של האם _____

האם קיימות מחלות / בעיות התפתחות במשפחה המורחבת

אנא רשמו את כל ההריונות של האם (כולל הילד המופנה וכן הפלות באם היו):

מספר	שם הילד	מין	תאריך לידה	משקל לידה	מחלות או בעיות התפתחות

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

שם ממלא השאלון _____ הקרבה לילד _____

האם נתקלת בבעיות כלשהן בעת מילוי השאלון הזה? כן / לא

אם כן מהן _____

ניתן להשיב את השאלון באמצעות פקס: 03-6974100 או לדוא"ל: ndchild@tlvmc.gov.il

תודה