

**ד"ר דליה אלוני**  
**פסיכולוגית חינוכית מומחית**  
**אבחון, ייעוץ וטיפול בילדים ונוער**  
**רח' השחף 1 רמת השרון \* רח' ברטל 14 פתח תקווה**  
**טלפקס: 03-9218286 \* נייד: 0524-797279**

**שאלון הורים לילד גן**

להורים שלום,

השאלון שלפניכם נועד לתת פרטים על הרקע ההתפתחותי והחינוכי של הילד/ה. במידה והמידע המבוקש לא ידוע או לא זכור יש לציין זאת. כמו כן, חשוב לצרף מסמכים המעידים על אבחונים וטיפולים קודמים שעבר/ה הילד/ה.

**פרטים אישיים:**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ  
 מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_  
 שנת עלייה \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ טל' בבית: \_\_\_\_\_  
 טל' נייד: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 גן: \_\_\_\_\_ שם הגננת: \_\_\_\_\_

**רקע משפחתי:**

- מצב משפחתי של ההורים: \_\_\_\_\_ תאריך גרושי ההורים (אם רלוונטי): \_\_\_\_\_
- השפה המדוברת בבית: עם הילד/ה: \_\_\_\_\_ השפה המדוברת בין ההורים: \_\_\_\_\_

קרבה	שם פרטי	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עליה	השכלה	תעסוקה
אב:						
אם:						
ילדים:						

**המפנה וסיבת הפנייה:**

- סיבת הפניה עכשיו היא (סמן \* במשבצת ופרט את הסיבה):
- [ ] התנהגות בבית [ ] יחסים חברתיים [ ] אבחון הדלגה (הקפצה)
- [ ] התנהגות בגן [ ] בעיה רגשית [ ] אבחון הישגיות שנה נוספת
- [ ] איחור התפתחותי [ ] קשיים בתקשורת [ ] אחר: \_\_\_\_\_
- פרוט הסיבה: \_\_\_\_\_
- מתי החלו הקשיים? \_\_\_\_\_

# ד"ר דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית מומחית

אבחון, ייעוץ וטיפול בילדים ונוער

רח' השחף 1 רמת השרון \* רח' מרטון 14 פתח תקווה

טלפקס: 03-9218286 \* נייד: 0524-797279

- האם לדעתכם הבעיה הנוכחית הופיעה בעקבות אירוע שאתם יכולים להצביע עליו, אם כן פרט: \_\_\_\_\_
- ביוזמת מי הייתה הפנייה? \_\_\_\_\_
- מה גרם לפנייה עכשיו? \_\_\_\_\_
- האם שני ההורים מסכימים לפנייה? כן / לא. אם לא מהי סיבת אי ההסכמה: \_\_\_\_\_
- האם יש/היה לכם קשר עם גורם טיפולי בנוגע לילד המופנה כגון פסיכולוג, רופא, מרפא בעיסוק, קלינאית תקשורת? לא / כן. פרט \_\_\_\_\_
- האם הילד/ה המופנה עבר/ה אבחון פסיכולוגי? לא / כן. אם כן היכן ומתי? \_\_\_\_\_
- באופן כללי, איך הייתם מתארים את התפקוד של הילד/ה: (סמן \* במקום המתאים)

תחומי תפקוד	מצוין	משביע רצון	מתקשה	לקוי ביותר	הערות
בגן					
במשפחה					
בחברה					

## רקע רפואי והתפתחותי:

- תאריך בדיקת ראייה אחרונה: \_\_\_\_\_ נמצא: תקין/לא תקין. פרט: \_\_\_\_\_
- תאריך בדיקת שמיעה אחרונה: \_\_\_\_\_ נמצא: תקין/לא תקין. פרט: \_\_\_\_\_
- האם הילד סובל/סבל בעבר ממחלה כרונית/ממושכת? לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_

מי טיפל והיכן

גיל הילד בעת שחלה

המחלה

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- האם הילד היה מאושפז בבית חולים (כולל אשפוז לאחר לידה)? לא / כן אם כן פרט: \_\_\_\_\_

סיבת האשפוז

מקום האשפוז

משך האשפוז

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- האם הילד נמצא/היה בעבר בטיפול תרופתי כלשהו? לא / כן. שם התרופה: \_\_\_\_\_

- האם הילד עבר בדיקה/טיפול באחד מהתחומים הבאים:

[ ] שמיעה [ ] ראייה [ ] פיזיותרפיה [ ] ריפוי בעיסוק [ ] קלינאית תקשורת [ ] נוירולוג

אם כן, באיזה גיל נבדק/טופל, וכמה זמן? \_\_\_\_\_

- הריון: האם מהלך ההריון היה תקין? כן/לא. פרט: \_\_\_\_\_

- לידה: האם הלידה הייתה תקינה? כן/לא. פרט: \_\_\_\_\_

# ד"ר דליה אלוני

## פסיכולוגית חינוכית מומחית

אבחון, ייעוץ וטיפול בילדים ונוער

רח' השחף 1 רמת השרון \* רח' מרטנוב 14 פתח תקווה

טלפקס: 03-9218286 \* נייד: 0524-797279

באיזה שבוע נולד/ה הילד/ה: \_\_\_\_\_ משקל לידה: \_\_\_\_\_

האם הופיעו אצל התינוק/האם בעיות רפואיות או אחרות לפני או אחרי הלידה? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם היה תינוק/ת: בכיין/רגוע/נוח/ערני/ישנוני/אקטיבי/קשה/קל להרגעה? פרט: \_\_\_\_\_

האם קיימת רגישות למגע/רעש/תנועה? כן/לא. פרט: \_\_\_\_\_

• **אכילה:** האם היו בעבר/כיום בעיות אכילה? לא/כן. באיזה גיל \_\_\_\_\_ פרט \_\_\_\_\_

• **שינה:** האם היו בעבר/כיום בעיות סביב השינה? לא/כן. באיזה גיל \_\_\_\_\_ פרט \_\_\_\_\_

• **הליכה:** באיזה גיל החל/ה לשבת \_\_\_\_\_ לזחול \_\_\_\_\_ לעמוד \_\_\_\_\_ ללכת \_\_\_\_\_

האם היו בעיות מיוחדות סביב ההליכה? לא/כן. פרט \_\_\_\_\_

האם מצליח/ה בפעילויות מוטוריקה גסה (ריצה, טיפוס, שחייה, אופניים, כדור)? \_\_\_\_\_

האם אהב/אוהב משחקי הרכבה (פאזל) ולמידה? האם מצליח בהתאם לגילו? \_\_\_\_\_

האם מצליח/ה בפעילויות מוטוריקה עדינה (אחיזת עיפרון, גזירה, ציור)? \_\_\_\_\_

• **דיבור:** באיזה גיל אמר/ה מילים ראשונות \_\_\_\_\_ מתי חיבר/ה שתי מילים \_\_\_\_\_ מתי דבר/ה שוטף \_\_\_\_\_

האם היו בעיות בדיבור (גמגום, דיבור לא ברור, אלם חלקי) לא/כן. באיזה גיל \_\_\_\_\_ כיצד טופל \_\_\_\_\_

• **חינוך לניקיון:** באיזה גיל היה יבש ביום \_\_\_\_\_ בלילה \_\_\_\_\_ האם חזר להרטיב או ללכלך לאחר מכן? לא/כן \_\_\_\_\_

באיזה גיל \_\_\_\_\_ כמה זמן נמשך \_\_\_\_\_ כיצד טופל \_\_\_\_\_

• **התנהגויות חריגות:** האם קיימות התנהגויות חריגות כגון:

[ ] טקסים כפייתיים [ ] הרטבה ביום/לילה [ ] הצטאות (התלכלכות בצואה) [ ] מציצה מופרזת [ ] אוננות כפייתית

[ ] תנועות סטריאוטיפיות (טיקים) [ ] התפרצויות/התקפי זעם [ ] צחוק לא רלבנטי [ ] נטייה מופרז לבכי

[ ] אחר: \_\_\_\_\_

### רקע חינוכי

• **הליכה לגן:** מי טיפל בילד/ה עם לידתו/ה? \_\_\_\_\_ על ידי מי טופל/ה בהמשך? \_\_\_\_\_ במשך כמה זמן? \_\_\_\_\_

באיזה גיל נכנס לגן עירוני? \_\_\_\_\_ איך הייתה הפרידה וההסתגלות לגנים? \_\_\_\_\_

האם היו בגן בעיות חברתיות / התנהגות / קליטת חומר? לא/כן. תאר: \_\_\_\_\_

האם הילד קיבל/מקבל כיום עזרה מסוג של: [ ] גננת שי"ח [ ] טיפול רגשי [ ] ק. תקשורת [ ] ר. בעיסוק [ ] אחר \_\_\_\_\_

אחר: פרט \_\_\_\_\_

### הילד היום

כיצד הייתם מתארים את הילד/ה שלכם? \_\_\_\_\_

האם הילד/ה עצמאית בפעילויות כמו לבוש/מקלחת/סידור חדר? \_\_\_\_\_

האם יש כיום בעיות סביב אוכל/שינה/פחדי לילה/הרטבה/לכלוך? לא/כן. אם כן פרט \_\_\_\_\_

# ד"ר דליה אלוני

פסיכולוגית חינוכית מומחית

אבחון, ייעוץ וטיפול בילדים ונוער

רח' השחף 1 רמת השרון \* רח' מרטנוב 14 פתח תקווה

טלפקס: 03-9218286 \* נייד: 0524-797279

ברשימה להלן, סמנו לגבי כל פריט באיזה מידה הוא מתאר את התנהגות הילד/ה בתקופה האחרונה:

הרבה מאד	הרבה	במקצת	בכלל לא	
				1. חסר מנוחה, פעילות יתר
				2. מתרגש בקלות, פזיז
				3. מפריע לילדים אחרים (בבית, בכיתה)
				4. לא מצליח לסיים דברים שהתחיל, תחום קשב קצר
				5. כל הזמן מתנועע במקום
				6. מפוזר, בקלות ניתן להסיח את דעתו
				7. דורש סיפוק מידי, לא סובל תסכול
				8. בוכה בקלות ולעתים קרובות
				9. מצב רוח משתנה מהר ובאופן קיצוני
				10. התפרצויות זעם, התנהגות שלא ניתן לצפות

• **מצב רוח:** להערכתכם, כיצד הייתם מתארים את מצב הרוח של הילד/ה באופן כללי (ניתן לסמן מספר סעיפים):

[ ] שמח [ ] עצוב [ ] מתוח [ ] חרד [ ] תוקפני [ ] יציב [ ] משתנה [ ] נוח [ ] עקשן [ ] כועס [ ] מסתגר

פרוט:

• **קשרים חברתיים:** האם הילד יוזם קשר/מקובל/דחוי/נמנע מקשרים? \_\_\_\_\_

כיצד משחק עם חברים? האם מרבה לריב? האם משחק ע"פ חוקים ויודע להפסיד בכבוד? \_\_\_\_\_

## יחסי המשפחה

• האם יש בין ההורים הסכמה על גישה חינוכית כלפי הילדים? כן / לא, פרט: \_\_\_\_\_

• האווירה הכללית במשפחה בדרך כלל טובה/לא טובה, פרט: \_\_\_\_\_

• האם לדעתכם הקושי שיש לילד קשור למשהו שקרה או קורה במשפחה? לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_

• מה המחשבות והציפיות שלכם כהורים ושל הילד מהאבחון/טיפול? \_\_\_\_\_

תודה על שתוף הפעולה