**שאלון להורים**

השאלון שלפניכם מיועד לעזור לנו לעזור לילדכם. אנא מלאו אותו בתשומת-לב.

***פרטי המופנה***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה | שם פרטי | מין ז / נ | תאריך לידה |
| כתובת מיקוד |
| טלפון בבית אחר |
| פרטים על המסגרת החינוכית בה לומד הילד |
| שם הגן / ביה"ס | כיתה | שם הגננת / המורה | טלפון |

מי יזם את ההפניה?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

סיבת ההפניה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מהי עמדתכם לגבי ההפניה?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***פרטים על המשפחה***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | שם | שנת לידה | ארץ לידה | שנת עליה | שנות לימוד | תעסוקה | הערות |
| האב |  |  |  |  |  |  |  |
| האם |  |  |  |  |  |  |  |
| ילדים ע"פ הסדר |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |

אם יש ילדים נוספים נא לרשום בדף נפרד

דמויות משמעותיות נוספות במשפחה (סבתא, מטפלת וכד') שיש להן קשר עם הילד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***פרטים על ההריון והלידה***

באיזה שבוע להריון נולד? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם היו סיבוכים במשך ההריון? (דימומים, הקאות שדרשו אישפוז, זיהומים, הרעלות מחלות, ניתוח, עישון מוגזם, צריכת תרופות, צילום רנטגן וכד')

פרטים על הלידה: (לידה רגילה, מזורזת, לידת מלקחיים, ואקום, לידת עכוז, ניתוח קיסרי, שטפי דם, חבל טבור סביב הצואר וכד').

משקל בעת הלידה: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

האם היו סיבוכים מיד לאחר הלידה? (לא נשם מיד, לא בכה מיד, חלה בצהבת, הכחיל היה באינקובטור, אם כן כמה זמן? לא אכל טוב, הקיא, סבל משלשולים, פגיעות בלידה וכד').

מספר הימים שהתינוק היה בבי"ח לאחר הלידה \_\_\_\_\_\_\_\_ הברית נערכה בזמן / כעבור \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***שנות הילדות הראשונות***

האם משהו מהתופעות האלה הופיע אצל הילד? אם כן תארו. (התינוק לא נהנה מחיבוק או ליטוף, תינוק בכיין, לא נרגע על הידיים, סבל מכאבי בטן, לא היה שקט, ישן מעט, התעורר בקלות, הרבה לנדנד, הכה ראשו בקיר או במיטה, סבל מתאונות או פגיעות ראש, היה שקט בצורה מוגזמת, אפתי.)

***שלבי התפתחות***

מתי הגיע לשלב ההתפתחותי? אם אינכם זוכרים גיל ציינו אם זה קרה מוקדם יותר מהמקובל, בזמן או באיחור.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| השלב ההתפתחותי | גיל | השלב ההתפתחותי | גיל | השלב ההתפתחותי | גיל |
| חייך |  | בטא מילים ראשונות |  | רכב על תלת אופן |  |
| ישב ללא תמיכה |  | דבר במשפטים |  | רכב על אופניים |  |
| זחל |  | הפסיק ללכלך ביום |  | כפתר כפתורים |  |
| עמד ללא תמיכה |  | הפסיק ללכלך בלילה |  | שרך שרוכים |  |
| הלך ללא עזרה |  | הפסיק להרטיב ביום |  | קרא לצבעים בשמם |  |
|  |  | הפסיק להרטיב בלילה |  |  |  |

דרגו את ילדכם בדברים הבאים בהשוואה לבני גילו:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | טוב | ממוצע | חלש |
| הליכה |  |  |  |
| ריצה |  |  |  |
| זריקה (כדור) |  |  |  |
| תפיסה |  |  |  |
| שריכה |  |  |  |
| כפתור |  |  |  |
| כתיבה |  |  |  |
| התעמלות |  |  |  |

איך אתם תופסים את היכולת של ילדכם?

נבון / רגיל / מתקשה להבין

***בגן ובביה"ס***

מתי התחיל ללכת לגן וכיצד הסתגל?­­­­­­­­­­­ ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם הילד הולך לגן/ לביה"ס ברצון? **כן / לא**.באיזה מצב רוח הוא חוזר? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

איך אתם רואים את הילד בגן / בביה"ס?

בלימודים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בחברה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בהתנהגות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מה היחס של הילד אל הגננת / המורה? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם מקבל עזרה בלימודים? אם כן, איזה? ממי? ובאיזו תדירות? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם קרה לילד משהו מיוחד בגן / בביה"ס? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***בחברת הילדים***

האם ילדכם מחפש חברת ילדים? כן / לא

האם ילדים מחפשים את חברת ילדכם? כן / לא

האם ילדכם משחק בעיקר עם ילדים בגילו / צעירים יותר / בוגרים יותר?

בעיקר עם בנים / בנות.

האם ילדכם מעדיף חברת מבוגרים? כן / לא

כיצד הילד מסתדר בחברת הילדים? (משתלב יפה, מנהיג, מנסה להשתלט, נדחה, מסתכסך לעיתים קרובות, ילדים מציקים לו, נגרר) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***התנהגות בבית***

מה הוא אוהב לעשות בבית במיוחד? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מה אינו אוהב לעשות במיוחד? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

יחסיו עם הוריו \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

יחסיו עם אחיו ואחיותיו \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***צורות התנהגות וגילויים מיוחדים***

|  |  |
| --- | --- |
| **צורות התנהגות****נא לסמן כל דבר אופיני לילד** | **הערות ודוגמאות** |
| רגוע |  |
| חסר מנוחה |  |
| עושה דברים בלי לחשוב |  |
| יודע להעסיק את עצמו |  |
| יודע מתי לוותר |  |
| ממושמע |  |
| מתפרץ בזעם |  |
| תוקפני |  |
| טוב-לב |  |
| בכיין |  |
| מרבה להתלונן |  |
| במצב רוח טוב בד"כ |  |
| עצוב לעיתים קרובות |  |
| משקר |  |
| מתעקש |  |
| עצמאי |  |
| תלותי |  |
| ביישן |  |
| חולמני |  |
| בעל ביטחון עצמי |  |
| חסר ביטחון עצמי |  |
| מגלה פחדים, איזה? |  |
| מאונן |  |
| מרטיב |  |
| מלכלך במכנסיים |  |
| העויות (תיקים, תנועות לא רצוניות) |  |
| לא ער לסכנות, |  |
| **צורות התנהגות****נא לסמן כל דבר אופיני לילד** | **הערות ודוגמאות** |
| נפצע לעיתים קרובות |  |
| אחר: |  |

***רקע רפואי טיפולי***

האם ילדכם מקבל טיפול תרופתי? אם כן איזה? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם ילדכם בקר במרכז להתפתחות הילד? אם כן נא לפרט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם ילדכם היה ביעוץ או טיפול פסיכולוגי? אם כן נא לפרט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אנא הוסיפו כאן כל דבר שלא הוזכר בשאלון ונראה לכם חשוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מודים לכם על שיתוף הפעולה.

השרות הפסיכולוגי

shefy@kfar.org.il