

במסמך ישנם שני שאלונים: האחד מיועד להורים לילדים שהם תלמידי בית ספר, השני מיועד למורה של התלמיד או התלמידה. השאלונים מנוסחים בלשון זכר, אך מתייחסים לשני המינים. יש למלא את הטפסים בכתב גדול וברור ובעט בלבד. ניתן להיעזר במילוי השאלון בגורם כמו רופא ואחות טיפת חלב.

שאלון להורים לילדים הלומדים בבית ספר

תאריך מילוי השאלון: _____ ממלא השאלון: _____

המרפאה שאליה שייך הילד: _____ שם הרופא המטפל: _____

לאיזה תחום מופנה הילד? (יש להקיף בעיגול) רופא התפתחות / פיזיותרפיה / קלינאות תקשורת / ריפוי בעיסוק / תחום רגשי / אחר

מדוע נעשתה הפנייה? מהם לדעתך הקשיים העיקריים של הילד? _____

מי יזם את הפנייה למכון להתפתחות הילד? גורם חינוכי / רופא / פנייה עצמאית / אחר: _____

פרטים אישיים

שם הילד: _____ שם המשפחה: _____ מין: זכר / נקבה, תאריך הלידה: _____ מספר תעודת הזהות: _____

ארץ הלידה: _____ מספר השנים בארץ: _____

כתובת: _____ שכונה: _____ מספר הטלפון בבית: _____

שם המסגרת החינוכית: _____ סוג החינוך: חינוך רגיל / חינוך מיוחד / שיקומי _____

שם הורה 1: _____ שנת הלידה: _____ ארץ הלידה: _____ עיסוק: _____

השכלה: _____ טלפון נייד: _____

שם הורה 2: _____ שנת הלידה: _____ ארץ הלידה: _____ עיסוק: _____

השכלה: _____ טלפון נייד: _____

האם יש קרבת דם בין ההורים (כגון בני דודים)? כן / לא, פירוט: _____

מצב משפחתי: נשואים / גרושים / פרודים / משפחה חד-הורית / אחר _____ הילד גר אצל: _____

אירועים מיוחדים או משמעותיים בחיי הילד או המשפחה שחשוב לציין, פירוט: _____

_____ השפות המדוברות בבית: _____

האם יש במשפחה ילדים הסובלים מבעיות התפתחות או לקויות למידה? פירוט: _____

_____ האם הילד טופל בעבר או מטופל כיום באחד מהתחומים הבאים:

קלינאות תקשורת / ריפוי בעיסוק / פיזיותרפיה / טיפול רגשי / גננת שיח / אבחון דידיקטי / נוירולוג / פסיכולוג / אחר

באיזו מסגרת? _____ (אם טופל, יש לצרף דו"חות סיכום, דו"חות אבחון ודו"חות טיפול)

רקע רפואי והתפתחותי

1. האם ההיריון היה תקין? כן / לא, פירוט: _____
2. האם הלידה הייתה רגילה? כן / לא, פירוט: _____
3. באיזה שבוע נולד הילד? _____ משקל הלידה: _____ היקף ראש בלידה: _____ אפגר: _____
4. האם היו סיבוכים לאחר הלידה? כן / לא, פירוט: _____
5. האם הילד סבל או סובל ממחלה מתמשכת או לא שגרתית? כן / לא, פירוט: _____
6. האם סבל או סובל מפרקוסים? כן / לא, פירוט: _____
7. האם הילד מקבל תרופות באופן קבוע? כן / לא, פירוט: _____
8. האם הוא בטיפול של רופא מומחה כלשהו? כן / לא, פירוט: _____
9. האם הילד עבר ניתוחים השתלת כפתורים, הוצאת פוליפים וכו'? _____
10. האם הילד ישן היטב? _____ האם הוא נוחר בלילה? _____

יש לסמן אם בוצעו הבדיקות הבאות ואת התוצאות. נא לצרף העתקים

בדיקה	תאריך	תוצאה	בדיקה	תאריך	תוצאה
ראייה			ייעוץ גנטי		
שמיעה			בדיקות דם		
EEG			הדמיה מוחית		
אחר					

תפקוד כללי	מעולה	מעל הממוצע	ממוצע	מעט בעייתי	בעייתי
תפקוד כללי בבית הספר	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
קריאה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
כתיבה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
חשבון	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
יחסים עם ההורים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
יחסים עם האחים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
יחסים עם חברים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
השתתפות בפעילויות אחרות (חוגים, תנועת נוער)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

שאלון קשב וריכוז	אף פעם	לפעמים	לעתים קרובות	כל הזמן
1. אינו שם לב לפרטים ועושה טעויות של חוסר תשומת לב, למשל בשיעורי בית	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. מתקשה לשמור על תשומת לב לדברים שצריך לעשות	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. נראה שאינו מקשיב כאשר מדברים אליו ישירות	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. לא עוקב אחר הוראות ולא מצליח לסיים מטלות ופעילויות, אך לא בגלל סירוב או בגלל חוסר הבנה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. מתקשה לארגן מטלות ופעילויות	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. נמנע, אינו אוהב או לא רוצה להתחיל בפעילויות שדורשות מאמץ שכלי ממושך	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. מאבד חפצים הדרושים לו למשימות או פעילויות כמו צעצועים, שיעורי בית, עפרונות, ספרים וכו'	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. מוסח בקלות על ידי רעש או על ידי גירויים אחרים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. שוכח מטלות יומיומיות	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. חסר מנוחה בזמן ישיבה, נוטה להזיז ידיים או רגליים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. קם ממקומו כאשר מצופה ממנו שישאר לשבת	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. מתרוצץ או מטפס יותר מדי כאשר מצופה ממנו לשבת	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. מתקשה לשחק בשקט או להתחיל בפעילויות שקטות	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. נראה פעיל או כאילו "מונע על ידי מנוע"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

○	○	○	○	15. מדבר יותר מדי
○	○	○	○	16. מתפרץ בתשובות לפני שסיים לשמוע את השאלות
○	○	○	○	17. מתקשה להמתין לתורו
○	○	○	○	18. מתפרץ לשיחות או למשחקים של אחרים
אף פעם	לעיתים נדירות	לפעמים	לרוב	מצב רגשי והתנהגותי
○	○	○	○	19. רגוע ונינוח לרוב, במצב רוח טוב, מסתגל לשינויים
○	○	○	○	20. שלו ואינו חרדתי
○	○	○	○	21. מרגיש אהוב ומקובל, מאמין בערך עצמו, בעל ביטחון עצמי
○	○	○	○	22. יודע לוותר, להתפשר, אינו וכן או רגזן
○	○	○	○	23. שולט על התנהגותו ואינו מתפרץ או אלים

עמוד 3 מתוך 3

שאלון להורים לילד הלומד בבית ספר

הערות	מחפש / מגזים	נרתע/ נמנע	אוהב/ רגיל	תגובות מערכות החושים (ניתן לסמן בכמה עמודות)
				מגע קרוב עם ילדים או עם מבוגרים
				מגע עם פרטי לבוש (תוויות, צווארונים, תפרים, חגורה, ג'ינס וכו')
				רחיצת פנים, תספורת, גזיזת ציפורניים
				מרקמי מזון מגוונים, ריחות וטעמים מגוונים
				אחר:

הערות	מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	פעילות בחצר, תנועה, פנאי ולמידה
				הליכה וריצה, קפיצה, משחקי כדור שימוש במתקנים, רכיבה על אופנים, קפיצה על חבל
				ביצוע פעולות עדינות באצבעות כמו שימוש בכלים (מספריים, סכ"ם וכו') היגינה אישית, לבוש, שרוכים
				לימודים: התארגנות עם ציוד, התארגנות עם שיעורי בית, קריאות בכתב, קצב כתיבה

הערות	לעיתים רחוקות	לעיתים	בדרך כלל	תפקוד חברתי
				חברותי, יוצר קשר עם בני גילו
				משתתף בפעילות חברתית, משחקים, מסיבות
				מבין את חוקי המשחק, תורות
				מבחין אם צוחקים לו או משבחים אותו
				מבין מצבים חברתיים, חוקי התנהגות, נימוס, הומור
				ער לרגשות הזולת ומבין כוונות של אחרים

הערות	מתקשה מאד	מתקשה	בדרך כלל	שפה, הבנה והבעה
				מבין שאלות ועונה עליהן כראוי
				מסוגל להסיק מסקנות
				מתבטא באוצר מילים ומשפטים בדומה לבני גילו
				מסוגל לספר חוויות בצורה ברורה
				הדיבור שלו ברור

האם קיימים שיבושי היגוי? **כן / לא**, אם כן, באילו מהצלילים הבאים? **ב, ג, ד, ו, ז, ח, ט, כ, ל, נ, ס, פ, צ, ר, ש**

האם קיים חוסר שטף בדיבור / גמגום? **כן / לא**

האם קיימת צרידות? **כן / לא**

הערות: _____

לצורך אבחון נדרשת הסכמת שני ההורים

חתימת הורה 1: _____ ת.ז. האם: _____ תאריך: _____
 חתימת הורה 2: _____ ת.ז. האב: _____ תאריך: _____