

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 יודעת את התשובה כתבי "איני יודעת", באם יש צורך בכך הוסף/פי פרטים נוספים. למטרה זו אתה יכולה להשתמש בצד האחורי של הדפים.

יש להעביר במרוכז את כל הטפסים מלאים:
שאלון הורים + כתב הסכמה + שאלון גננת + הפניית רופא משפחה
לכתובת מייל לדוא"ל ndchild@tlvmc.gov.il או בפקס 03-6974100

**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/ גרושה/ אחר _____

סיבת הפניה:

מה סיבת הפניה? (תאר במשפט אחד):

מהו לדעתכם הקושי העיקרי של הילד: _____

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

האם יש קשיים נוספים? פרט

מתי הבחנתם לראשונה בקושי:

מי הבחין בקושי?

למה אתם מצפים מאבחון במכוננו?

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? _____

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

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 _____

איך הוא אוכל היום?

פרט _____

האם הילד עצמאי באכילה? כן / לא האם הילד מתלבש בעצמו? כן / לא

איך הילד ישן

פרט _____

איפה הוא

ישן _____

האם בעבר היו דברים שהילד הצליח לעשות אך הם נעלמו בהמשך?

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

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...:

כן לא פרט

	כן	לא	פרט
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

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

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

שם ממלא השאלון _____ הקרבה לילד _____

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

אם כן מהן

יש להעביר את הטפסים מלאים: שאלון הורים + כתב הסכמה + שאלון גננת + הפניית רופא משפחה
לכתובת מייל לדוא"ל ndchild@tlvmc.gov.il או בפקס 03-6974100

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

כתב הסכמה

פרטי הילד: שם _____

ת.ז. _____

פרטי ההורה/אפוטרופוס: שם: _____ ת.ז.: _____

הנני מסכימה/ה בזאת כי הילד, שפרטיו לעיל, יעבור: בדיקת רופא התפתחותי/ הערכת עו"ס/
אבחון ריפוי בעיסוק/ אבחון פזיותרפיה/ אבחון פסיכולוגי/ אבחון קלינאית תקשורת / בדיקת
שמיעה/ טיפולים התפתחותיים כנדרש.

תאריך _____ חתימה _____

עד לחתימה: שם: _____ ת.ז.: _____

תפקיד: _____ חתימה: _____

יש להעביר את הטפסים מלאים: שאלון הורים + כתב הסכמה + שאלון גנות + הפניית רופא משפחה
לכתובת מייל לדוא"ל ndchild@tlvmc.gov.il או בפקס 03-6974100

טל': 03-6947333 | פקס: 03-6974100 Fax:

טל: *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, Weizman St. 6

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

שאלון גננת

תאריך מילוי השאלון _____

לגננת שלום רב,

הילד/ה _____ תאריך לידה _____ הופנ/תה _____
למכוננו, נודה לך מאוד אם תשלחי לנו בהקדם דו"ח על מצבו/ה ותפקודו בגן תוך התייחסות
לנקודות המצוינות. אנא הרחיבי במידת הצורך.
תוכלי להחזיר את השאלון באמצעות ההורים.

תודה על שיתוף הפעולה צוות המכון להתפתחות הילד

1. הופעה, התנהגות (שיתוף פעולה, קבלת סמכות, סף תסכול)

2. תקשורת (יוזמה, פנייה לעזרה, יכולת ביטוי)

3. עצמאות (אכילה, לבוש, הגיינה)

4. השתתפות חברתית (יוזם תקשורת עם בני גילו, אהוד, מבין מצבים חברתיים)

5. למידה (הפנמת תכנים בגן, ריכוז במפגש, יכולת התמדה, יכולת פתרון בעיות, התארגנות במשחק)

6. משחק (העדפה/הימנעות ממשחק)

7. השתתפות בפעילות הגן (מפגש, חצר, יצירה, חוגים)

טל': 03-6947333 | פקס: 03-6974100

טל: *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, 6 Weizman St.

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

8. מיומנויות מוטוריות במרחב (ריצה, קפיצה, ירידה במדרגות, שימוש במתקני חצר, פעילות עם כדור)

9. תפקודי ידיים (אחיזת צבע/עפרון, גזירה, ציור, השחלות, הרכבות)

10. תחושה (תגובה למגע והתנסות עם חומרים, תגובה לרעש, תנועתיות)

11. **תפקוד שפתי:**
הבנת שפה (מבין שאלות והוראות, עונה לעניין, מבין סיפורים, מבין את הנעשה בגן)

הבעה (אוצר מילים, כיצד מבטא עצמו, האם וכיצד מביע רצונות צרכים ומחשבות, האם מסוגל להסביר, לתאר חוויה וכד')

מובנות הדיבור: האם מובן? (על ידי כולם או רק על ידי מבוגרים), האם ההיגוי ברור? האם קיימים שיבושים בדיבור?

יזמה שפתית (האם פונה לאחרים, שואל שאלות, משתף בחוויות, מביע צרכים?)

12. נקודות חוזק ונקודות לשיפור אצל הילד/ה?

13. האם לדעתך הילד/ה מתאים למסגרת החינוכית הנוכחית?

14. האם לדעתך יוכל בשנת הלימודים הבאה להשתלב במסגרת רגילה?

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

שם הגנת _____

שם הגן _____

טלפון _____

מספר הילדים בגן _____

גילאים _____

יש להעביר את הטפסים מלאים: שאלון הורים + כתב הסכמה + שאלון גנת + הפניית
רופא משפחה
לכתובת מייל לדוא"ל ndchild@tlvmc.gov.il או בפקס 03-6974100

טל': 03-6947333 | פקס: 03-6974100 Fax:

טל: *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, Weizman St. 6