

שאלון הורים

להורה שלום,

לפניך שאלון לאיסוף מידע התפתחותי על ילדך על מנת להכיר אותו לקראת הטיפול.

אנו מתנצלים מראש באם יש שאלות שכבר נשאלת בעבר.

פרטים אישיים

שם הילד: _____ תאריך לידה: _____ ת.ז. _____
 כתובת: _____ טל' בבית: _____
 טל' נוסף: _____ קופת חולים: _____
 מסגרת חינוכית: _____ גורם מפנה: _____

משפחה

שם האב _____
 שם האם _____

ילדים במשפחה

שם הילד	גיל	מעקב רפואי/טיפול בעבר ובהווה, פרט איזה ומתי	הערות

היסטוריה התפתחותית

מהלך ההריון (שימוש בתרופות, אשפוזים, סיבוכים וכו') _____

 משך ההריון (בשבועות) _____ סוג הלידה _____
 משקל בלידה _____ סיבוכים _____

היסטוריה רפואית

אשפוזים ומחלות בילדות _____

 האם סובל מאלרגיות כן/לא פרט: _____
 האם סובל מדלקות אזניים חוזרות _____
 האם עבר בדיקת שמיעה ומה תוצאותיה _____
 האם עבר בדיקת ראייה ומה תוצאותיה _____

האם ילדך מקבל תרופות באופן קבוע? כן/לא, אם כן פרט איזה _____
 האם קיבל ו/או מקבל טיפולים אחרים: סמן- דיאטה/ תזונה, ריפוי בעיסוק, קלינאית תקשורת,
 פיזיותרפיה, טיפול אלטרנטיבי, אחר: _____
 האם מוכרות במשפחה מחלות או בעיות התפתחות? _____

אבני דרך התפתחותיות (ציין גיל בו הילד ביצע עצמאית)

התהפך _____ זחל _____ הלך _____ גמילה מחיתולים _____
 האם ינק? כן / לא. אם לא מדוע _____
 כיצד היה המעבר לאוכל מוצק ובאיזה גיל? _____
 האם הקיא/ מקיא לעיתים תכופות? _____
 האם קיימים קשיי אכילה? _____
 מתי החל לדבר מילים ראשונות _____
 מתי החל להרכיב משפטים _____
 האם קיימים קשיי שפה _____
 האם השיג את אבני הדרך ההתפתחותיות בזמן? _____

הקף בעיגול את ההתנהגות המאפיינת את ילדך כתינוק: נינוח/ חסר שקט/ נוטה לבכח/ פעיל/
 עירני/ שקט/ אחר _____

תאר את תפקודו של ילדך בתחומים הבאים: (מידת עצמאות, קשיים ואופן ביצוע)

1. עצמאות בחיי היומיום

האם עצמאי ברחצה _____
 האם עצמאי בשטיפת ידיים _____
 האם עצמאי בצחצוח שיניים _____
 האם אוכל עם סכ"ים _____
 האם עצמאי בשתיה מכוס/ בקבוק _____
 האם חולץ לבד נעליים עם סקוץ/ אבזם _____
 האם נועל לבד נעליים _____
 אילו פריטי לבוש יודע ללבוש לבד? _____
 אילו פריטי לבוש יודע לפשוט לבד? _____
 האם גמול מחיתולים יום/ לילה/ כל היממה _____
 האם עצמאי בשירותים _____

האם מעסיק עצמו במשחק באופן עצמאי _____
 לימודים: _____
 שינה ומנוחה (נרדם בקלות, מרבה להתעורר, תנועתי בשנתו) _____

 האם סדר היום של ילדך קבוע? _____

2. תפקוד בשעות הפנאי ובעת משחק

מהם המשחקים האהובים על ילדך: _____

 מה מעדיף לעשות בשעות הפנאי: _____
 האם מעסיק עצמו לאורך זמן _____
 האם משתתף בחוגים/ פעילויות אחרות? פרט: _____

3. אינטראקציה חברתית

האם מספר חוויות מהגן/ ביה"ס _____
 האם מוכן להתחלק במשחקיו עם ילדים אחרים _____
 האם מעדיף חברת בני גילו/ ילדים קטנים/ ילדים גדולים/ מבוגרים? _____
 האם מארח חברים או מתארח בביתם? _____

4. התנהגות והתארגנות

האם בכה/ בוכה הרבה? _____
 אם כן- באילו מצבים _____
 כיצד מרגיע את עצמו? _____
 כיצד מתמודד עם תסכולים? _____

מהן ההתנהגויות המאפיינות את ילדך? (רגוע, שקט, ביישן, תזזיתי, חברותי עצבני וכו')

כיצד מגיב לשינויים (כמו שינוי בסדר היום, אירוע משפחתי, ביקור במקום זר) פרט

 האם מתמיד בפעילות עד השלמתה _____
 האם מתחיל בפעילות ללא קושי וממשיך בה ברצף _____

5. מיומנויות מוטוריות

מהי היד הדומיננטית של הילד _____ האם השימוש בה עקבי או שנוהג להחליף בין הידיים בפעילויות כמו אכילה, ציור, הרכבה) _____
 האם יש שימוש עקבי ביד עזר _____
 האם אוהב/ נמנע מפעילויות מוטוריקה עדינה (הרכבה, השחלה, ציור, גזירה) _____
 האם נהנה/ נמנע משימוש במתקנים במגרש משחקים (טיפוס, נדנוד, סיבוב) _____
 האם יורד/ עולה במדרגות בחופשיות? _____
 האם מתעייף בקלות _____
 האם מרבה ליפול/ למעוד/ להתקל בחפצים _____

6. תחושה ומגע

נהנה/ נמנע משימוש בחומרים שונים (דבק, פלסטלינה, בוץ, חול) _____
 מביע נוחות/ אי נוחות ברחצה וניגוב פנים, גוף _____
 האם מעדיף ללבוש סוגי בד מסויימים? _____
 האם נוגע בכל דבר? _____
 האם נמנע מאירועים עם הרבה אנשים? _____
 האם נרתע כשנוגעים בו באופן לא צפוי? _____
 האם מחפש מגע פיזי עם ילדים (מכות, חיבוקים וכו') _____

7. תנועה

אוהב/ לא אוהב סיבובים באופן מיוחד (בקרוסלה לדוגמה) _____
 תנועותיו מסורבלות ונוקשות כן/לא _____
 מתעייף בקלות _____
 נתקל בחפצים או באנשים _____
 מטפס לגובה/ נמנע ומפחד לטפס לגובה _____
 מתקשה/ לא מתקשה בקפיצה, דילוג או ריצה _____
 זהיר/ מסתכן בזמן משחק _____
 מעדיף משחק שקט בבית / משחק תנועתי _____
 חש לא טוב בזמן נסיעה _____

סיכום

תארו את תחומי החוזק של ילדכם

מהם הקשיים העיקריים כפי שנראים בעיניכם:

בבית

בגן

בעקבות שאלון זה ומתוך ההכרות עם ילדכם אילו תחומים הם המשמעותיים ביותר לטיפול?

מה תרצו להשיג בטיפול

תאריך

שם ממלא הטופס

חתימה

תודה על שיתוף הפעולה

צוות חוויות במים