



ד"ר דליה אלוני  
פסיכולוגיה חינוכית

מרכז אבחון וטיפול בילדים ונוער  
קניון גנים, העצמאות 65, פתח תקווה  
טלפקס: 03-9218286 נייד: 052-4797279

## שאלון הורים לתלמיד/ה

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: \_\_\_\_\_  
בית הספר: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_ מגמה: \_\_\_\_\_

### 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 בבית הספר [ ] אחר: \_\_\_\_\_  
 [ ] בעיות בלימודים [ ] בעיה רגשית נפשית [ ] יחסים חברתיים בבית  
 [ ] התנהגות בבית הספר
- פרוט הסיבה: \_\_\_\_\_
- מתי החלו הקשיים? \_\_\_\_\_
- 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 הילד מבקש עזרה? כן / לא \_\_\_\_\_
- האם יש/היה לכם קשר עם גורם טיפולי בנוגע לילד המופנה כגון עו"ס, פסיכולוג, פסיכיאטר, רופא, יועצת, מורה? לא / כן. פרט: \_\_\_\_\_
- האם הילד/ה המופנה עבר/ה אבחון פסיכולוגי/דידקטי? 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
בלימודים					
במשפחה					
בחברה					



ד"ר דליה אלוני  
פסיכולוגיה חינוכית

מרכז אבחון וטיפול בילדים ונוער  
קניון גנים, העצמאות 65, פתח תקווה  
טלפקס: 03-9218286 נייד: 052-4797279

### רקע רפואי והתפתחותי:

- **הריון:** האם מהלך ההריון היה תקין? כן/לא. פרט: \_\_\_\_\_
  - **לידה:** האם הלידה הייתה תקינה? כן/לא. פרט: \_\_\_\_\_
  - 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: \_\_\_\_\_
  - תאריך בדיקת ראיה 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: \_\_\_\_\_
- | המחלה | גיל הילד בעת שחלה | מי טיפל והיכן |
|-------|-------------------|---------------|
| _____ | _____             | _____         |
| _____ | _____             | _____         |

- האם הילד היה מאושפז בבית חולים (כולל אשפוז לאחר לידה)? לא / כן אם כן פרט: \_\_\_\_\_
- **סיבת האשפוז** \_\_\_\_\_ **מקום האשפוז** \_\_\_\_\_ **משך האשפוז** \_\_\_\_\_ **גיל הילד בעת האשפוז** \_\_\_\_\_
- האם הילד נמצא/היה בעבר בטיפול תרופתי כלשהו? לא / כן. שם התרופה: \_\_\_\_\_
- האם הילד עבר בדיקה/טיפול באחד מהתחומים הבאים:  
[ ] שמיעה [ ] ראיה [ ] פיזיותרפיה [ ] ריפוי בעיסוק [ ] קלינאי תקשורת [ ] נויורולוג  
אם כן, באיזה גיל נבדק/טופל, וכמה זמן?
- **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 \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_
- **בית ספר:** האם הייתה שאלת בשלות לכיתה א'? לא/כן. אם כן פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_
- האם עבר אבחון לשם החלטה? \_\_\_\_\_ מה הייתה החלטת ההורים? \_\_\_\_\_
- האם היו בעיות בלימודים/בעיות משמעת/בעיות חברתיות? לא/כן. פרט (מתי החלו) \_\_\_\_\_
- האם היה קושי ברכישת קריאה? \_\_\_\_\_ כתיבה? \_\_\_\_\_ כיצד התמודד? \_\_\_\_\_



ד"ר דליה אלוני  
פסיכולוגיה חינוכית

מרכז אבחון וטיפול בילדים ונוער  
קניון גנים, העצמאות 65, פתח תקווה  
טלפקס: 03-9218286 נייד: 052-4797279

האם הילד קיבל/מקבל כיום עזרה בלימודים מסוג של: [ ] שעורי עזר בבית הספר [ ] שעורים פרטיים [ ] מורה משלבת או אחר: פרט \_\_\_\_\_

### הילד היום

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

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

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

**מהם הישגיו הלימודיים בהשוואה להישגי הכיתה:**

[ ] בלתי מספיק [ ] מספיק [ ] כמעט טוב [ ] טוב [ ] טוב מאד [ ] מצוין

באילו מקצועות מצליח במיוחד? \_\_\_\_\_

באילו מקצועות מתקשה במיוחד? \_\_\_\_\_

**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 מיידי, 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, האם מצב הרוח של הילד/ה באופן כללי:

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

פרוט: \_\_\_\_\_

• **קשרים חברתיים:** האם הילד 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 \_\_\_\_\_

תודה רבה על שיתוף הפעולה