נא לכתוב כמה טיפולים אושרו לילד:

לבני\בתי אושרו _____ טיפולים

המרכז לגיל הרך
בת-ים

שאלון קבלה – קלינאית תקשורת:

חלק ראשון – למילוי בכתב על ידי ההורים

להורים: השאלון מתייחס למגוון נושאים הקשורים ומשפיעים על תפקוד הילד/ה, במטרה לקבל תמונה רחבה, כוללת ומשקפת על הילד/ה. השאלון נכתב בלשון זכר, אך מתייחס באופן שווה לשני המינים.

תאריך:_____ שם הילד: _____ שם ממלא הטופס : _____

פרטים נמסרו ע"י אב/אם/_____טל' בית:_____ פלאפון: _____

טל' נוספים: _____כתובת מייל :_____

קופת חולים: _____ יש אישור לטיפול ב:_____

פרטים על הילד:

שם המשפחה:_____שם פרטי:_____ מין: ז/נ ת.ל:_____

כתובת:_____ת.ז. :_____

שם הגננת/מורה:_____

פרטים על המשפחה:

	אם	אב
שם פרטי+משפחה		
שנת לידה		
ארץ לידה / שנת עליה		
השכלה		
מקצוע		
מקום עבודה + שעות עבודה		

המרכז לגיל הרך
בת-ים

דמויות משמעותיות נוספות (סבתא, מטפלת..) שמטפלות בילד: _____

מצב משפחתי של הורים: רווקים/ נשואים/ פרודים/ גרושים/ אלמנ/ה

מס' נפשות בבית:_____ מס' חדרים:_____

שפות מדוברות בבית: _____ באיזו שפה הילד מדבר:_____

טיפת חלב (כתובת):_____ עוד מידע רלוונטי:_____

האם יש קשר עם הרווחה או גורמים אחרים (שם גורם) :_____

<u>פרטים על אחים:</u>

שם	שנת לידה	מסגרת	מחלות/בעיות	האם טופל ואיפה?
1				
2				
3				
4				
5				
6				

<u>רקע רפואי:</u>

האם הילד סובל ממחלות כלשהן: _____ מאיזה גיל: _____

האם מקבל טיפול תרופתי? אם כן- איזה? _____

האם סובל מאלרגיה (מזון/אבק/בע"ח/): _____

מתי עבר בדיקת שמיעה _____ (נא להמציא מסמכים)

מתי עבר בדיקת ראיה _____

ממצאי בדיקות ראיה/שמיעה_____

האם הילד עבר בדיקות רפואיות או התפתחותיות כגון: /ריפוי בעיסוק/ ק. תקשורת/ פיזיותרפיה/ פסיכולוג/ נוירולוג/ אחר_____

האם הילד מקבל טיפולים נוספים בקופה או באופן פרטי דרך הקופה כגון: ריפוי בעיסוק, ק. תקשורת, פיזיותרפיה, טיפול ריגשי (מכל סוג): _____

האם התקיים מפגש עם עו"ס במכון? כן/לא , במידה וכן נא להעביר העתק אינטייק.

מהלך ההריון:

הרגשה, טיפולים מיוחדים, תרופות, סיבוכים (דימומים, הרעלות, עישון, שמירת הריון וכו')

_____

_____

_____

לידה:

שבוע לידה: _____ סוג הלידה: _____ משקל הילד:_____

האם היו סיבוכים במהלך הלידה?_____

בריאות הילד אחרי הלידה:_____

התפתחות מוטורית:

באיזה גיל הושגו אבני דרך התפתחותיות:

התהפכות:_____ זחילה:_____ ישיבה:_____ עמידה:_____ הליכה:_____

הערות:_____

המרכז לגיל הרך
בת-ים

הרגלי נקיון:

האם עצמאי בשימוש בשירותים (מודיע/מבקש עזרה/פושט ולובש/מוריד מים) _____

_____

האם זקוק לעזרה בהיגיינה אישית (כולל רחצה, שטיפת ידיים ופנים, צחצוח שיניים)

_____

האם זקוק לעזרה בהלבשה (חולצה/ מכנסיים/ תחתונים/ גרביים) _____

_____

בהפשטה_____ בנעילת נעליים וחליצתן_____

תנועה:

האם נהנה ממתקנים במגרש משחקים_____

האם מתעייף בקלות_____ האם מטפס לגובה_____

האם נתקל בחפצים/אנשים_____ האם נופל לעיתים קרובות_____

תחושה:

האם קיימות רגישויות (העדפה/רתיעה) מיוחדות למגע, לטעם, לריח, לתנועה, לרעש או למראה מסוים?

_____

_____

העדפה/רתיעה מחומרים כגון דבק, חול, בגדים שונים וכו'

_____

_____

רח' החלוצים 9 בת-ים. טל. 03-5090563/8 פקס. 03-5512969

המרכז לגיל הרך
בת-ים

<u>תפקוד במסגרת חינוכית:</u>

הלך לגן לראשונה בגיל: _____ כיצד הסתגל: _____

האם התעוררו בעיות בהמשך: _____

האם הולך לגן/בי"ס ברצון: _____

האם משחק לבד בחצר או עם ילדים אחרים?_____

האם יש בעיות התנהגותיות במסגרת החינוכית: _____

לילדים בגיל בי"ס: כיצד מסתדר/ת עם הכנת שיעורי הבית: _____

האם עצמאי/ת בסידור תיק: _____

הערות בנוגע להישגים לימודיים: _____

תודה על שיתוף הפעולה,

צוות קלינאיות התקשורת,

המרכז לגיל הרך בת-ים.