

לשימוש הצוות הרגשי בלבד:

תאריך בדיקה: _____
החלטת ביניים: _____
החלטה סופית: _____

טלפון: 03-6770303 פקס: 03-6765633

שאלון הורים לטיפול רגשי

במידה וברצונך להוסיף הערות ניתן לעשות זאת מאחורי הדף

תאריך מילוי שאלון:

פרטים אישיים

שם הילד	שם משפחה	מס' זהות	תאריך לידה	ת"ת וכיתה
שם האב	נייד	שם האם	נייד	טלפון נוסף / פקס
מזב משפחתי: (אם ההורים גרושים או חיים בנפרד, יש לציין זאת בצירוף כתובת ההורה השני)				כתובת

ילדי המשפחה: שם הילד: _____ הוא הילד מס' _____ מתוך מס' _____ ילדים.

השפה המדוברת בבית: 1. _____ 2. _____

סיבת הפניה:

תאר את ילדך כיום (תכונות אופי, נקודות חוזק וחולשה) _____

כיצד היית מתאר/ת את הקשר שלכם איתו _____

כיצד היית מתאר את הקשר שלו עם אחיו _____

תאר את סדר היום של ילדך (שעת קימה, ארוחות, משחקים, חברים, שעת שינה) _____

רקע התפתחותי

האם היו אירועים חריגים במהלך ההריון ו/או הלידה? כן / לא. פרט: _____

האם היו קשיים במעבר לאוכל מוצק? כן / לא. אם כן, תאר את הקשיים: _____

תאר את בנך / בתך בתור תינוק: חייכן / ישנוני / בכיין / נוח / ערני / פעיל / שקט .

האם זחל? כן / לא, באיזה גיל? _____ באיזה גיל החל ללכת? _____

- האם היו קשיים בהתפתחות המוטורית? כן / לא,

אם כן, האם אובחן ו/או טופל ע"י פיזיותרפיסט או מרפאה בעיסוק? כן / לא

- האם היו קשיים בהתפתחות השפה? כן/ לא : גמגום / שיבושים / דיבור לא ברור .

אם כן, האם אובחן ו/או טופל ע"י קלינאית תקשורת? כן / לא.

- באיזה גיל נגמלה/ה מחיתולים: ביום? _____ בלילה? _____

- כיום, האם מרטיב / מלכלך במכנסיים? כן / לא - מתי? _____

במסגרות החינוך, האם היו קשיים בפרידה מההורים ובהתאקלמות? כן / לא

בריאות

ממצאים	הגורם הבודק/ המטפל	לא	כן, ציין באיזה גיל	
				האם הילד עבר בדיקת שמיעה
				האם הילד עבר בדיקת ראייה
				האם עבר אבחון נוירולוגי
				האם יש לילד בעיה בריאותית
				האם הילד נוטל תרופות (כולל רטליון)

האם אושפז בעבר בבי"ח? **כן / לא** - סיבת האשפוז? _____
 האם יש במשפחה מחלות כרוניות או תופעות בריאותיות יוצאות דופן? **כן / לא** - פרט: _____
 האם סובל מרגישות (יתר או חסר) **למגע / לרעש / לאור**? פרט: _____
 האם עבר/ה אבחון או טיפול פסיכולוגי, אם כן פרט: _____
 האם נשאר שנה נוספת בגן חובה? **כן / לא**. האם למד בגן טיפולי / שפה. פרט: _____
 האם נשאר כיתה בבית ספר? **כן / לא**. אם כן, באיזו כיתה? _____
 האם סובל מקשיי קריאה / כתיבה? **כן / לא**. מה נעשה בנדון? _____
 האם הילד קיבל שיעורי עזר? **כן / לא**. באילו מקצועות? _____ מתי? _____
 האם הילד מבקר במועדונים אחר הצהרים? **כן / לא**. האם מקבל חונך אחה"צ? **כן / לא**
 מה רמת המוטיבציה הלימודית וההתמדה? _____
 האם יש קשיים בהתארגנות ללימודים? _____

לפניכם רשימת התנהגויות. אנא סמנו בטבלה באיזו תדירות הן מופיעות אצל ילדכם:

הערות	לעיתים רחוקות	בדרך כלל	תמיד	
				עצמאי בתפקודי יום יום
				עצמאי בתפקודים לימודיים
				נרדם בקלות
				ישן לבד במיטתו
				קם בבוקר ללא קושי
				יוצר קשרים חברתיים ללא קושי
				מתמודד היטב ב מצבים חברתיים
				מתמיד בקשרים חברתיים
				מסתגל היטב לשינויים

לפניכם רשימת התנהגויות נוספת. אנא סמנו בטבלה באיזו תדירות הן מופיעות אצל ילדכם:

פרוט (מתי, היכן: בבית, בת"ת)	לעיתים קרובות	לעיתים רחוקות	אף פעם	
				נוטה לבכיינות
				סובל מבעיות משמעת בבית
				סובל מבעיות משמעת <u>בת"ת</u>
				סובל מהתפרצויות זעם
				סובל מפחדים או חרדות
				סובל מעוויתות (טיקים)
				מרבה להסתגר
				מצב רוחו מדוכך
				שינויים קיצוניים במצבי רוח
				נוטה לקחת סיכונים
				אלים פיזית
				אלים מילולית
				מתקשה להסתגל לשינויים
				מתקשה להביע רגשות
				מתקשה להתרכז לאורך זמן
				אימפולסיבי
				היפראקטיבי

נא סמנו בעיגול את הדירוג במשבצת המתאימה בכל אחד מההיגדים, אשר מתאר באופן הטוב ביותר את בנכם. יש לבחור בדירוג אחד בלבד.

לעיתים רחוקות	לעיתים קרובות	תמיד	
			האם הילד מבחין בין יד ימין לשמאל?
			האם הילד נע במרחב תוך הימנעות מהתקלות בחפצים/אנשים?
			האם הילד משחק במתקני חצר בגינת השעשועים?
			האם הילד מתמודד עם משחק כדור?
			האם הילד רוכב באופניים בלי גלגלי עזר?
			האם הילד יורד במדרגות ברגל אחת?
			האם הילד משתף במשחקי תנועה חברתיים (תופסת, מחבואים, שבויים)?
			האם הילד מתלבש בכוחות עצמו?
			האם הילד שומר על סביבה נקיה בזמן האוכל?
			האם מראה הילד ברוב שעות היום מאורגן?
			האם ההתפתחות של ילדכם היתה תקינה?
			האם הילד טופל בעברו בתחום המוטורי (ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וכו')

בעיות התנהגות המתקשרות לקשיים מוטוריים

המאפיינים הילד מאופיין כ:	הדירוג	תמיד	לעיתים קרובות	לעיתים רחוקות
בעל תנועתיות יתר (מתנועע בקוצר רוח ומתפתל; מתנועע בעקביות כששומע הוראות, מאזין לסיפור; ממשש את בגדיו/בפיו).				
פאסיבי (קשה לעניין אותו; דורש מידה רבה של עידוד לשם השתתפות; נראה כאחד שמתאמץ במידה מועטה).				
חששן (חושש מלבצע פעילויות כמו קפיצה וטיפוס; אינו רצה לנוע במהירות; מבקש עזרה באופן עקבי).				
מתוח (ניראה עצבני, מבצע תנועות כמו רעידות; ממשש חפצים קטנים; נעשה נבוך/ מבולבל/ נרגז בסביבה רווית מתח).				
אימפולסיבי (מתחיל פעילות בטרם סיום מתן הנחיות/ הדגמות; חסר סבלנות לפרטים).				
מוסח (מתבונן מסביב; מגיב לרעשים/לתנועה המתקיימים מחוץ לחדר/אולם).				
חסר ארגון/ מבולבל (מציג קושי בתכנון רצף. שך תנועות; שוכח מה עליו לעשות בטרם החל בפעילות).				
מעריך יתר על המידה את יכולתו (מנסה לשנות מטלות כך שתהיינה קשות יותר; מנסה לבצע מטלות מהר מידי).				
מעריך נמוך מידי את יכולתו (טוען שהמטלות קשות מידי; מתרץ תירוצים על אי ביצוע מושלם בטרם החל לבצעה).				
חסר התמדה (מתייאש מהר; מתוסכל בקלות; חולם בהקיץ).				
מיואש מכישלון (ניראה עם דמעות; מתנגד לנסות המטלה בשנית).				
לכאורה, אינו מסוגל ליהנות מהצלחה (אינו מגיב למשוב/ לחיזוקים; בעל פנים חסרי הבעה).				

מהם לדעתך הקשיים העיקריים של ילדך

האם הילד מודע לקשייו הרגשיים? **כן / לא.**

האם הילד מעוניין בעזרה? **כן / לא**

הסכמת הורים לטיפול רגשי ו/ או ספורט

אנו הורי התלמיד _____ ת.ז. _____ מביעים בזאת את הסכמתנו המלאה כי בננו יקבל טיפול רגשי ע"י המטפלים הרגשיים (פסיכולוג / מטפלת באומנות/ מטפלת במוזיקה / טיפול קבוצתי וכדו') במרכז הלמידה "שירת יוסף".

תאריך	שם ההורה	ת.ז.	חתימת ההורה
תאריך	שם ההורה	ת.ז.	חתימת ההורה