



## שאלון התפתחות כללי לילדים

שם פרטי (של הילד): \_\_\_\_\_ שם

\_\_\_\_\_ משפחה:

גיל הילד: \_\_\_\_\_ גיל מתוקן(פגים): \_\_\_\_\_ מין: בן / בת

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ משקל לידה: \_\_\_\_\_ שבוע לידה: \_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_ גיל האם: \_\_\_\_\_ עיסוק \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ גיל האב: \_\_\_\_\_ עיסוק \_\_\_\_\_

מס' ילדים נוספים: \_\_\_\_\_ שמות: \_\_\_\_\_ גילאים: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ כתובת:

\_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ אי-מייל:

\_\_\_\_\_ מהי סיבת ההתקשרות?

\_\_\_\_\_ הגורם שהפנה אתכם \_\_\_\_\_ הרופא המטפל:

\_\_\_\_\_ קופת חולים \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ טיפת חלב: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ באיזה מסגרת הילד נמצא?

\_\_\_\_\_ הריון: רגיל כן / לא - מה הסיבה?

\_\_\_\_\_ לידה: רגילה / קיסרי / ואקום / מלקחיים / מה הסיבה?

\_\_\_\_\_ ציון (אפגר) לאחר הלידה: \_\_\_\_\_ מצב העובר בלידה: עכוז / רגיל / רוחבי

\_\_\_\_\_ מחלות ואישפוזים: האם סבל ממחלות? לא / כן איזה?

\_\_\_\_\_ האם אושפז בבית חולים? לא / כן - בגיל \_\_\_\_\_ סיבה \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ האם עבר טיפולים נוספים: לא / כן - פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סוג הטיפול: \_\_\_\_\_ שם המטפל: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ פעילויות או חוגים נוספים: לא / כן: \_\_\_\_\_



## שאלון התפתחות ילדים

### רקע על התפתחות הילד כתינוק עד גיל שנתיים

-האם כתינוק עבר את כל שלבי ההתפתחות? (שכב על הבטן, הרים ראש, התהפך, זחל גחון, עלה על 6, התיישב, נעמד עצמאית)

-האם כתינוק התפתח בצורה מהירה או איטית לגילו?

-האם עבר התערבויות התפתחותיות בשנתיים הראשונות (פיזיותרפיה, קלינאית תקשורת, מרפאה בעיסוק, אורטופד וכיו"ב) \* במידה ועבר טיפולים, צרפו את כל החומר הקשור בכך.

-תארו את התנהגותו כתינוק: שקט, חסר מנוחה, עצבני, בוכה הרבה, בוכה מעט.

באיזה גיל נכנס למסגרת גן?

-תארו את הרגלי השינה כתינוק: ידיים, אוטו, מוצץ, חפץ, מתעורר לעיתים קרובות

- האם היו קשיים מיוחדים?



## רקע על התפתחות כילד

-האם ישנו קושי במוטוריקה גסה? (קפיצה, דילוג, עמידה על רגל אחת, גלגול, ריצה, הליכה, אחר..)

-האם ישנו קושי במוטוריקה עדינה? (אכילה, גזירה, ציור, כתיבה, השחלה, אחר..)

האם הילד אובחן ע"י איש מקצוע אחר?

• במידה ועבר טיפולים, צרפי את החומר הקשור בכך.

-מה מצב הבריאותי של הילד בד"כ?

-תארו את אופיו של הילד ודברים המיוחדים באישיותו.

- תארו את הקשרים המשפחתיים בין האחים וההורים.

-

-האם לילד קל ביצירת קשרים חברתיים, האם אוהב להיות בסביבת חברים?

-מהם המשחקים המועדפים על ילדך?



-האם ישנה רגישות תחושתית למגע או למרקמים שונים?  
(סוגי אוכל, חול, דשא, נרתע מלכלוך, אחר...)

-האם ישנה רגישות לעוצמות של קול?

-האם ישנה רגישות לתנועה? (נופל הרבה, נמנע מלהתנדנד, אוהב תנועה בעוצמות גדולות, אחר..)

-האם יש קושי בלמידה?

- האם נתקלת בקשיים רגשיים? (התפרצויות זעם, דימוי עצמי נמוך, מתקשה לבטא רגשות בוכה הרבה, עצבנות יתרה, אחר..)

### ספרו על סדר יומו של הילד לפי זמנים:

\*יקיצה/ כיצד מתעורר

\*פירוט של אופן התארגנות בבוקר

\*טלוויזיה

\*שיעורי בית

\*חברים



\*זמן משחק עצמאי/לבד

\*זמן עם ההורים

\*פירוט של ארוחות כולל נשנושים

\* פירוט של התארגנות לפני שינה

\* פירוט של תהליך ההירדמות



## הצהרת בריאות

אל : ענת פירסטנברג

מאת הורי התינוק/ת ילד/ה \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. הוסבר לי על ידך והבנתי, מהי הפעילות המתקיימת ומועברת על ידך בשיטת צעד ראשון
2. לא ידוע לי על בעיה נוירולוגית פעילה או בעיה במערכת השרירים ו/או בעיה במערכת השלד ו/או מגבלה בריאותית חריפה אחרת המונעת מבני/ביתי להשתתף בשיעור המועבר על ידך
3. אני מתחייב/ת להודיע לך על כל שינוי ו/או מגבלה, זמנית או קבועה, שיחולו במצב בריאותו של בני/ביתי

תאריך \_\_\_\_\_

שם ההורים \_\_\_\_\_

ת.ז של ההורים \_\_\_\_\_

חתימת ההורים \_\_\_\_\_