



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שירות פסיכולוגי חינוכי והתפתחותי

תאריך _____

שאלון הפניה להורים לצורך אבחון/טיפול ביחידה ההתפתחותית בשפ"ח רמת גן

פרטים אישיים של הילד

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 תאריך לידה: _____ ת.ז.: _____
 כתובת: _____
 מספרי טלפון הורה 1: _____
 מספרי טלפון הורה 2: _____

פרטי המשפחה:

שם ההורה _____ שם הילד _____ שנות לימוד _____
 עיסוק _____ מצב משפחתי: נשואה / פרודה / גרושה / אלמנה / רווקה/חד הורי
 שם ההורה _____ שם הילד _____ שנות לימוד _____
 עיסוק _____ מצב משפחתי: נשואה / פרודה / גרושה / אלמנה / רווקה/חד הורי

ילדי המשפחה:

שם	מין	ת. לידה	מסגרת חינוכית	קשיים רפואיים / התפתחותיים (שפה , מוטוריקה גסה ועדינה / התנהגותיים/ לימודיים/ קשב וריכוז)

תארי את יחסי האחים במשפחה: _____
 במשפחה המורחבת, האם ידוע על קשיים התפתחותיים/ מחלות גנטיות? (אם כן פרטי)

רקע התפתחותי:

מהלך ההיריון: תקין / לא תקין. אם לא, פרט _____



דרך בן גוריון 183 רמת-גן 5235301 | טל. 03-6780388 | פקס. 03-6780664

לשרותך: מוקד 109 בייסבוק: עיריית רמת-גן www.ramat-gan.muni.il



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

שירות פסיכולוגי חינוכי והתפתחותי

מהלך הלידה : תקין / לא תקין. אם לא, פרט _____
באיזה שבוע של הריון נולד/ה _____ משקל הלידה _____
מחלות וסיבוכים של הילוד לאחר הלידה : _____

מצב רפואי/ רגשי של ההורים לאחר הלידה (איך היה מצב הרוח שלכם כהורים בשבועות/חודשים הראשונים לאחר הלידה?): _____

תקופת החיים הראשונה:

תאר את אופיו של התינוק: בכיין/צעקן / רגוע/ערני/פעיל/שקט או אחר _____

התפתחות מוטורית:

באיזה גיל זחל _____ והלך באופן עצמאי _____
האם לדעתכם היו קשיים בהתפתחות המוטוריקה הגסה או העדינה? _____

התפתחות שפתית ותקשורתית:

באיזה גיל הופיע חיוך כתגובה לגירוי? _____
מילים ראשונות בגיל _____ הרכבת משפטים בגיל _____
האם ניתן לתאר את קשר העין של ילדך כתקין ואיכותי? כן/לא/באופן חלקי
האם ילדך יודע להצביע על אובייקט אותו מבקש לקבל? כן/לא/לעיתים
כיצד ילדך יבחר להביע את רצונותיו? (במילים, בהצבעה, במשיכת ההורה אל האזור הרצוי, בבכי)

האם לדעתכם היו קשיים בהתפתחות השפה וההבנה? _____

אכילה וגמילה:

האם ינק? כן/ לא במידה וינק באיזה גיל נגמל מהנקה _____
האם היו קשיים בהנקה? _____
האם היה קושי במעבר לבקבוק או לאוכל מוצק _____
האם בעבר או כיום התעוררו קשיים באכילה: ברננות, סירוב למזונות מסוימים, וכד'?

גמילה מחיתולים ביום התרחשה בגיל: _____ גמילת לילה בגיל: _____

האם התעוררו קשיים בתהליך? _____

שינה:

האם התעוררו קשיים בעבר או כיום בשינה? (עובר למיטת הוריו, מתקשה להירדם במיטתו, מתעורר לעיתים קרובות בלילה, חלומות וכדומה) _____
כיצד מרגיע את עצמו: מוצץ/ מציצת אצבע/ בובה/ חיתול/ אחר _____
גמילה ממוצץ התרחשה בגיל _____ האם התעוררו קשיים בתהליך _____



דרך בן גוריון 183 רמת-גן 5235301 | טל. 03-6780388 | פקס. 03-6780664

לשרותך: מוקד 109 בייסבוק: עיריית רמת-גן www.ramat-gan.muni.il



עיריית רמת-גן אגף החינוך שירות פסיכולוגי חינוכי והתפתחותי

ויסות חושי:

האם ישנה רגישות/ הימנעות או חיפוש מוגבר של חומרים שונים כגון: דשא, חול, דבק, קושי מול סוגי בד שונים, אהבה/הימנעות ממגע חזק פרט _____

האם ישנה רגישות לקולות חזקים, אורות חזקים או ריחות חזקים פרט _____

אשפוזים ובירורים רפואיים בעבר: כן/לא

אם כן פרט, _____

מצב בריאותי נוכחי: _____

האם הילד מקבל תרופות באופן קבוע: כן / לא

אם כן, אלו: _____

נעשתה בדיקת ראייה: כן / לא, פרט _____

נעשתה בדיקת שמיעה: כן / לא, פרט _____

אירועים מיוחדים

האם הילד היה עד למתחים, מצבי רוח קיצוניים (דכאון או כעס קיצוני) ריבים או אלימות

מילולית/פיסית בבית? _____

האם במהלך חייו אירע אירוע בעל אופי טראומתי עבור הילד (מחלה/מוות של אדם קרוב, עבר או

היה עד לתאונה, עבר או היה עד לפגיעה באחר על רקע פיזי, מיני, מילולי).

בן כמה היה הילד בזמן האירוע? _____

כיצד הגיב ואיך האירוע השפיע עליו? _____

יחסים חברתיים

האם לאורך ההתפתחות ועד היום התעוררו קשיים בתחום התקשורתי (קושי ביצירת קשר עין,

קושי בהבנה של מצבים חברתיים וכדומה)? _____

האם קיים קושי ביצירת קשרים חברתיים עם בני הגיל? _____

תחביבים או חוגים שילדכם משתתף בהם. _____

מהן נקודות החוזק או תכונות טובות שלו. _____

רקע חינוכי:

1/ לאחר הלידה במסגרת _____ עד גיל _____

הדמות המטפלת אמא/אבא/סבתא/מטפלת/אחר _____



דרך בן גוריון 183 רמת-גן 5235301 | טל. 03-6780388 | פקס. 03-6780664

לשרותך: מוקד 109 בייסבוק: עיריית רמת-גן www.ramat-gan.muni.il



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שירות פסיכולוגי חינוכי והתפתחותי

2) מסגרת _____ עד גיל _____
הדמות המטפלת אמא/אבא/סבתא/מטפלת/אחר _____
האם היו קשיים בהסתגלות למסגרת החדשה? פרט _____

3) מסגרת _____ עד גיל _____
הדמות המטפלת אמא/אבא/סבתא/מטפלת/אחר _____
האם היו קשיים בהסתגלות למסגרת החדשה? פרט _____

כניסה לגן עירוני מגיל _____ עד גיל _____ שם הגן _____ שם הגננת: _____
האם היו קשיים בהסתגלות למסגרת החדשה? פרט _____
מסגרת הגן הנוכחי: מגיל _____ עד גיל _____ שם הגן _____ שם הגננת: _____
האם היו קשיים בהסתגלות למסגרת החדשה? פרט _____
האם לדעתך היו / ישנם קשיים במסגרת הגן הנוכחי? _____

כיצד תגדירו את התנהגותו ומצב רוחו של הילד: _____

אבחונים וטיפולים:

האם ילדכם קיבל/מקבל סיוע מגורמי טיפול? פסיכולוג / עובדת סוציאלית / מרפאה בעיסוק / קלינאית תקשורת / פיזיותרפיסט/ גננת שיי"ח/נוירולוג/רופא התפתחותי?
אם כן פרט: משך הטיפול, התקדמות במהלך הטיפולים, המלצות להמשך וכדומה.

תפקוד התפתחותי ולימודי:

האם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה/ התקשה באחד התחומים הבאים. אנא סמנו X ופרטו:

התחומים	כן	לא	פרט
מוטוריקה גסה: ריצה, שיווי משקל, קפיצה, סרבול מוטורי			
מוטוריקה עדינה: ציור, השחלה, גזירה.			
שפה ודיבור: הבנה, הבעה, רצף, היגוי			
ריכוז, קשב, התמדה במשימות, אימפולסיביות			
יצירת קשרים חברתיים תואמי גיל			



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

שירות פסיכולוגי חינוכי והתפתחותי

			התנהגות: עצב, חרדה, פחדים, תנועות יתר, קשיי הסתגלות
			עצמאות יום יומית: צחצוח שיניים, לבוש, התארגנות לגן
			קבלת סמכות וגבולות
			ויסות רגשי: יכולת לדחות סיפוקים, התמודדות עם תסכול, פרידה מההורים

נשמח אם תוכלו לתאר את הילד/ה בקצרה במילים שלכם

האם יש דברים נוספים שברצונכם לציין? _____

חתימת ההורים

שם ההורה _____ חתימה: _____ :

שם הורה _____ חתימה: _____ :

תודה על תשומת הלב ומילוי השאלון.

צוות היחידה ההתפתחותית בשפ"ח רמת גן.