



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שרות פסיכולוגי חינוכי

מרכז שחפים - שירות פסיכולוגי משלים

שעות פעילות ימים א-ד בשעות 18:00-15:30 טל- 03-7303157

שאלון להורים לקראת אבחון

- השאלון נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות, אך מיועד לשני המינים.

א) פרטים אישיים:

שם הילד/ה: _____ תאריך לידה: _____ גיל: _____
ת.ז: _____ כתובת: _____
טל' בבית: _____ נייד: _____ מסגרת חינוכית: _____

הגורם המפנה וסיבת ההפניה: _____

ב) פרטים משפחתיים:

שם האב: _____ טל' בעבודה: _____ נייד: _____
כתובת דואר אלקטרוני _____
מצב משפחתי: רווק/נשוי/גרוד/פרוד/נשוי בשנית
שם האם: _____ טל' בעבודה: _____ נייד: _____
כתובת דואר אלקטרוני _____

מצב משפחתי: רווקה/נשואה/גרודה/פרודה/נשואה בשנית

האם ידוע לך על קיומן של לקויות למידה במשפחה? אם כן, למי? _____

האם ידוע לך על קיומה של הפרעת קשב וריכוז ו/או היפראקטיביות במשפחה? אם כן, למי? _____



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שרות פסיכולוגי חינוכי

מרכז שחפים - שירות פסיכולוגי משלים

שעות פעילות ימים א-ד בשעות 18:00-15:30 טל- 03-7303157

ילדים במשפחה (כולל הילד הנבדק)

שם	גיל	מעקב רפואי/ טיפולי בעבר/ הווה, פרט איזה ומתי	יד מועדפת דומיננטית

ג) היסטוריה רפואית:

האם ההיריון היה מתוכנן? _____
האם מהלך ההיריון היה תקין? כן/לא, פרט: _____
משך ההיריון: _____ אופן הלידה: _____
האם היו סיבוכים לאחר הלידה? _____
משקל הילוד: _____
האם ילדך נוטל תרופות באופן קבוע? כן/לא, איזה? _____
האם קיימים קשיים/ מחלות/ לקויות למידה אצל בני המשפחה? _____

ד) רקע התפתחותי-חינוכי:

הקף בעיגול את ההתנהגות המאפיינת את ילדך כתינוק: נינוח, סתגלן, חסר שקט, בכיין, פעיל,
ערני, שקט, אחר: _____
האם ילדך השיג את אבני הדרך ההתפתחותיות בזמן? כן/לא: _____
מתי התהפך? _____ מתי עמד? _____
מתי זחל? _____ מתי הלך? _____
מתי ישב? _____ מתי נגמל מחיתולים? _____



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שרות פסיכולוגי חינוכי

מרכז שחפים - שירות פסיכולוגי משלים

שעות פעילות ימים א-ד בשעות 18:00-15:30 טל- 03-7303157

שפה:

מתי החל לדבר מילים ראשונות? _____
מתי החל לצרף שתי מילים, האם הייתה התפתחות מעבר לשתי מילים במשפט או עצירה? _____

שמיעה:

האם קיימים קשיי שמיעה? _____
האם סבל מדלקות אוזניים חוזרות? _____
האם ילדך רגיש במיוחד לקול, לרעש? _____

ראייה:

האם קיימים קשיי ראייה? _____
מתי נערכה בדיקת ראייה לאחרונה? מהם ממצאיה? _____
האם רגיש לאור? _____

רגשי:

מה מידת יכולתו של הילד לדחות סיפוקים? _____
מה מידת יכולתו להתמודד עם קושי? (סף תסכול) _____
כיצד מגיב במצבי תסכול? _____
איך מגיב למצבים חדשים/מעברים? _____
איך הייתם מגדירים את מצב רוחו הכללי של הילד? (תוקפן, אדיש, מדוכדך): _____
האם קיימות התנהגויות חריגות במיוחד (התפרצויות זעם, הרטבה, תנועות סטריאוטיפיות): _____



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שרות פסיכולוגי חינוכי

מרכז שחפים - שירות פסיכולוגי משלים

שעות פעילות ימים א-ד בשעות 18:00-15:30 טל- 03-7303157

שינה-מתי הולך לישון (האם בשעה קבועה?)

מתי נרדם?

האם נינוח/תנועתי בזמן השינה?

האם מתעורר בלילה?

חברה-האם נהנה לשחק עם חברים בני גילו, או מעדיף לשחק לבדו או עם שכבת גיל

אחרת.

מהן הפעילויות המועדפות עליו?

האם משתתף בחוגים, אילו?

מסגרות חינוכיות:

ביקר בגן: _____ האם עלו קשיים? אם כן, יש לפרט _____

שם של בית ספר יסוד בו לומד/למדה: _____ האם עלו קשיים?

שם התיכון בו לומד: _____

ה) נא התייחסותך המפורטת לגבי התפקוד בתחומים הבאים:

האם הייתה התלבטות לגבי העלייה לכיתה א' מדוע?

קריאה

*האם היה קושי ברכישת כתיבה או קריאה בכיתה א'-ב' או בשנים קודמות? כן/לא

פרט: _____

*האם הילד אוהב לקרוא? _____



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שרות פסיכולוגי חינוכי

מרכז שחפים - שירות פסיכולוגי משלים

שעות פעילות ימים א-ד בשעות 15:30-18:00 טל- 03-7303157

כתיבה

- *איך נראה כתב היד? _____
- *מה רמת האיות, הדקדוק (מבנה המשפט) והניקוד? _____
- *האם יש קושי בהעתקה מהלוח? _____
- *האם יש רושם שקשה לילד לארגן את המחשבות לצורך כתיבה? _____

חשבון

- *האם היה קושי ברכישת חשבון בכיתה א'-ב' או האם קיים קושי כיום? כן/לא, פרט: _____
- *האם הילד שולט בלוח הכפל? _____
- *האם הילד מתבלבל בקריאת מספר (למשל 13 במקום 31)? _____
- *האם הילד שוכח מה צריך לעשות באמצע פתרון בעיה או תרגיל חשבון? _____

ארגון חשיבה

- *כאשר הילד מדבר, האם קשה לך להבין את סדר ההתרחשויות שהוא מתאר? _____
- *כאשר מפריעים לו בדיבור, האם יש לו צורך להתחיל במשפט מההתחלה? _____

יכולת הפשטה

- *האם הילד מבין בדיחות? _____
- *האם הילד מבין דברים הנאמרים רק ברמז? _____
- *האם יש רושם שהילד לומד פרטים-אך לא מבין את הרעיון המרכזי? _____

יכולת ארגון

- *איך נראה החדר שלו? _____
- *איך נראה הילקוט, שולחן עבודה, ארון שלו? _____
- *אם קיימות "ערימות" של ציוד בכל מקום? _____



עיריית רמת-גן אגף החינוך שרות פסיכולוגי חינוכי

מרכז שחפים - שירות פסיכולוגי משלים

שעות פעילות ימים א-ד בשעות 18:00-15:30 טל- 03-7303157

_____האם קיימת בעיה של הילד לארגן את סדר היום שלו?

_____האם יש לילד קושי להעריך זמן ולהגיע בזמן?

זיכרון

_____האם לילד יש תחושה שלמד משהו בערב ושכח אותו למחרת בבוקר?

_____האם הילד שוכח מה שרצה להגיד באמצע משפט?

_____האם לילד קושי לזכור מספרי טלפון או שמות של מקומות ואנשים?

שפה

_____כאשר משהו מדבר, האם לילד קושי להבין את הנאמר?

_____האם הילד לא מבין אחרים לעיתים קרובות ולכן עונה תשובה לא נכונה?

_____האם לילד קושי למצוא את המילים הנכונות בזמן המתאים?

_____האם הדיבור של הילד מובן וברור?

קשב וריכוז

_____האם לדעתכם יש לילד קושי בריכוז וקשב? כן/לא

_____האם לדעת המורים יש לילד קושי בקשב וריכוז? כן/לא

הכנת שיעורים

_____האם מכין שיעורים באופן עצמאי? כן/לא, פרט: _____

_____האם יש מישהו מבני המשפחה שעוזר לילד בהכנת שיעורים? כן/לא, מיהו? _____

_____איך לומד למבחנים? האם מישהו עוזר לו? _____

מודעות

_____האם לדעתכם הילד מודע/ מתוסכל בגלל קשייו בלימודים?

במידה רבה במידה קלה בכלל לא



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שרות פסיכולוגי חינוכי

מרכז שחפים - שירות פסיכולוגי משלים

שעות פעילות ימים א-ד בשעות 18:00-15:30 טל- 03-7303157

כללי

האם נערכו אבחונים או טיפולים לילדך (אבחון דידקטי, פסיכולוגי, נוירולוגי, ריפוי בעיסוק, בדיקת שמיעה, ראייה וכד'?)

מהם התחומים החזקים של הילד?

האם לילדך קשיים כלשהם, אם כן, מהם?

הערות

חתימת הורים

שם האם: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ חתימה: _____

תאריך: _____