

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

תאריך: _____

טופס שאלון ילדים ונוער

פרטים אישיים של הילד/ה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ זכר/ נקבה

כתובת: _____ טלפון בבית: _____ קופ"ח _____

טלפון אבא: _____

טלפון אמא: _____

ת. לידה של הילד/ה _____ מ. זהות: _____

ארץ לידה: _____ ת. עלייה _____

תלמיד בית ספר / גן ילדים: _____ כיתה: _____

שם הגננת או המורה בבית הספר: _____

ההורים

אב:

שם פרטי: _____ שנת לידה: _____ שנת עלייה: _____

מוצא המשפחה: _____ השכלה: _____ מקצוע: _____

מקום עבודה: _____

דת: _____ האם אתה חילוני, מסורתי, דתי, חרדי, אחר: _____

אם:

שם פרטי: _____ שם משפחת האם לפני נישואיה _____ שנת לידה: _____

ארץ לידה: _____ שנת עלייה: _____

מוצא המשפחה: _____ השכלה: _____ מקצוע: _____

מקום עבודה: _____

דת: _____ האם את חילוני, מסורתית, דתית, חרדית, אחר: _____

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

תיאור הבעיה הנוכחית:

כמה זמן היא קיימת? _____

האם הבעיה קיימת בעקבות אירוע שאתם יכולים להצביע עליו ומהו? _____

האם לדעתכם הקושי של הילד קשור למשהו שקרה או קורה במשפחה או במקום אחר, פרט _____

מדוע בחרתם לפנות עכשיו? _____

מי יזם את הפניה: _____

האם שני ההורים מסכימים לפניה **כן/לא**, אם לא, מהי סיבת אי ההסכמה? _____

האם הילד יודע על הפניה? **כן/לא** אם לא, מדוע? _____

האם הילד נבדק בעבר ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר, נוירולוג וכד' מתי? _____

על ידי מי? _____ מדוע? _____

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

האם הילד היה בטיפול או ייעוץ פסיכולוגי קודם? כן/ לא

ע"י מי, מדוע, ומתי? _____

האם הייתה פניה קודמת בקשר לילד לתחנה? כן / לא מתי? _____

האם יש למשפחה קשר עם לשכות הרווחה? כן/ לא _____

האם הייתה פניה קודמת לתחנה בקשר לאחד מבני המשפחה האחרים? כן/ לא

אם כן, מי? _____ ומתי? _____

מצבו של הילד היום:

תארי/י את התנהגות הילד בבית: (יחסים עם ההורים, אחים, משמעת וכיו)

תארי/י את ההתנהגות והיחסים החברתיים בבית הספר

תארי/י את מצב הילד בלימודים: _____

תארי/י את מצב רוחו הכללי של הילד (שמח, עצוב, עצבני וכיו) _____

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

המשפחה:

מצב משפחתי: (נשואים, גרושים, נשואים בשנית, חד הורית,) אחר: _____
מס' ילדים: _____ מיקום הילד _____
האם יש אנשים נוספים שגרים בבית? _____

במידה ושני ההורים אינם חיים ביחד

1. המצב המשפחתי של האם: _____ אב: _____
2. עם מי גר הילד? _____ ממתי: _____
3. האם יש ילדים נוספים מנשואים קודמים: _____

האם יש מבוגרים אחרים משמעותיים לילד (מהמשפחה או מחוצה לה?) ומי הם?

האם עברתם מקום מגורים או דירה ב 10 שנים האחרונות? _____ כמה פעמים? _____

האם הילד חווה אלימות פיזית או מינית בעבר: _____

רקע רפואי של המשפחה:

שם הרופא המטפל בילד/ה: _____ קופת חולים: _____

צייני ניתוחים, תאונות, אשפוזים, ומחלות קשות, או ממושכות של הילד המופנה
במידה והיו:

1. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך. _____
2. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך. _____
3. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך. _____

של בני המשפחה האחרים:

1. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך. _____
2. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך. _____
3. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך. _____

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

האם מישהו מבני המשפחה היה או נמצא בטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי, (כולל
אשפוז), מי, מתי, היכן? _____

האם היה מקרה של פטירת תינוק / ילד במשפחה? _____ מתי? _____

האם מישהו מבני המשפחה הקרובה נפטר? _____ מתי? _____

האם הילד קיבל או מקבל תרופות? **כן / לא**

שם התרופה: _____ ממתני _____

האם הילד קיבל או מקבל טיפול האחד התחומים הבאים:

שמיעה **כן / לא** ריפוי בעיסוק **כן / לא**

דיבור **כן / לא** מעקב נוירולוגי **כן / לא**

ראיה (כולל משקפיים) **כן / לא** קלינאית תקשורת **כן / לא**

רקע התפתחותי:

1. **הריון:** האם ההריון היה מתוכנן ורצוי, האם היו קשיים במהלך ההריון?
_____ (פרט/י)

2. **לידה:**
האם הלידה הייתה תקינה? _____ פרט/י: _____
משקל התינוק בלידה: _____
האם הופיעו אצל האם בעיות רפואיות או אחרות לפני או אחרי הלידה?
_____ פרט/י

3. **הנקה**
האם הייתה הנקה? **כן / לא** כמה זמן נמשכה? _____
האם הייתה בעיה בהנקה? _____

4. **אכילה**
האם היו בעבר בעיות אכילה? **כן / לא** באיזה גיל? _____
_____ פרט/י:

5. **שינה**
האם היו בעבר בעיות סביב השינה? **כן / לא** באיזה גיל? _____
_____ פרט/י:

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

6. הליכה

באיזה גיל החלה ללכת? _____
האם היו בעיות סביב ההליכה: כן / לא
פרט/י: _____

7. דיבור

באיזה גיל החל לדבר? _____
האם היו בעיות בדיבור (גמגום, דיבור לא ברור, חלקי? כן / לא
פרט/י: _____

8. חינוך לניקיון

באיזה גיל היה יבש? _____ נקי: _____
האם חזר להרטיב או ללכלך לאחר מכן? _____ באיזה גיל?
כמה זמן נמשך? _____ כיצד טופל? _____

9. הליכה לגן

באיזה גיל החל ללכת למטפלת? _____ למעון? _____ לגן? _____
האם היו קשיים בפרידה כשהלך למטפלת או למעון או לגן? כן / לא
פרט/י: _____

10. בית ספר

האם התעוררה שאלה לגבי בשלות כיתה א'? כן / לא
האם הילד עבר בדיקת בשלות? כן / לא פרט: _____
מה החליטו ההורים? _____

האם היו בעיות בלימודים / בעיות משמעת / בעיות חברתיות? כן / לא
פרט/י: _____

האם הילד מקבל עזרה בלימודים? (שיעורי עזר בביה"ס, שיעורים פרטיים,
מורה טיפולית, כיתה מקדמת וכיו"ב) כן / לא
פרט/י: _____

האם התעוררו בעיות מיוחדות בגיל ההתבגרות? כן / לא
פרט/י: _____

האם משתתף/ת בחוגים? או בתנועות נוער? כן / לא
פרט/י: _____

האם יש משהו נוסף שאתם חושבים שחשוב שנדע
פרט/י: _____

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

פרטו כל דבר נוסף שחשוב שנדע בשלב הפנייה: _____

אנו מודים לכם/ן על מילוי השאלון תשובתיכם/ן הכנות, והמלאות יעזרו
לנו להתאים את העזרה לצרכים של ילדכם, ושלכם

בתודה
צוות ילדים ונוער