



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

שאלון פרטים אישיים ורפואיים – ילדים ונוער

תאריך: _____

פרטים אישיים של הילד/ה

☐ זכר ☐ נקבה		
שם משפחה	שם פרטי	מין
כתובת	טלפון בבית	קופת חולים
כתובת	טלפון בבית	
תאריך לידה של הילד	מספר זהות	קופת חולים
ארץ לידה	תאריך עליה	
תלמיד ביי"ס/גן	כיתה	שם גננת/מורה
כתובת	טלפון בבית	
שם האב	טלפון נייד	שם האם
טלפון נייד		

פרטי ההורים

אב:

שם פרטי	שנת לידה	ארץ לידה
שנת עליה	מוצא המשפחה	השכלה
מקצוע	מקום עבודה	
דת:		
☐ חילוני ☐ מסורתי ☐ דתי ☐ חרדי ☐ אחר		



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

אם:

שם פרטי	שנת לידה	ארץ לידה
שנת עליה	מוצא המשפחה	השכלה
מקצוע	מקום עבודה	
דת:		
☐ חילונית	☐ מסורתית	☐ דתית
☐	☐ חרדית	☐ אחר _____

תיאור הבעיה הנוכחית:

כמה זמן היא קיימת?

האם הבעיה התעוררה בעקבות אירוע שאתם יכולים להצביע עליו? מה?

האם לדעתכם הקושי של הילד קשור למשהו שקרה או קורה במשפחה או במקום אחר? פרטו



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

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 על ידי פסיכולוג, פסיכיאטר, נוירולוג וכדומה? מתי?

על ידי מי?

מדוע?

האם הילד היה בטיפול או בייעוץ פסיכולוגי קודם? כן ☐ לא ☐ אם כן אנא פרטו (ע"י מי, מדוע ומתי?)



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

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

תארו את התנהגות הילד בבית (יחסים עם ההורים, אחים, משמעת וכיו"ב)

תארו את התנהגות הילד והקשרים החברתיים במסגרת החינוכית (בית ספר/גן)

תארו את מצב הילד מבחינה לימודית



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

תארו את מצב רוחו הכללי של הילד (שמח, עצבני, עצוב, מאושר וכדומה)

המשפחה

מצב משפחתי

☐ נשוא ☐ גרוש ☐ יחיד ☐ נשואים בשנית ☐ אחר

מספר ילדים **מיקום הילד**

האם יש אנשים נוספים שגרים בבית? ☐ כן ☐ לא (פרטו) _____

במידה וההורים אינם חיים יחד

מצב משפחתי של האם: _____ מצב משפחתי של האב: _____

עם מי גר הילד? _____ ממתי? _____

האם יש ילדים נוספים מנישואים קודמים? _____

האם יש מבוגרים אחרים משמעותיים לילד (מהמשפחה או מחוצה לה)? אנא פרטו: _____

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

האם הילד חווה אלימות פיזית או מינית? _____



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

רקע רפואי של המשפחה

שם הרופא המטפל של הילד/ה קופת חולים

יש לציין ניתוחים, תאונות, אשפוזים, מחלות קשות או ממושכות של הילד המופנה:

1. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך: _____

2. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך: _____

3. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך: _____

של בני המשפחה האחרים (נא לציין של מי)

1. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך: _____

2. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך: _____

3. _____ תאריך: _____ כמה זמן ומשך: _____

האם מישו מבני המשפחה היה או נמצא בטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי (כולל אשפוז)?
נא לפרט (מי? מתי? היכן?)

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

האם היה מקרה של פטירת בן משפחה קרוב? מתי? _____

האם הילד מקבל טיפול תרופתי? ☐ כן; שם התרופה _____ ממתי ☐ לא;

האם הילד טופל או מטופל באחד מהתחומים הבאים:

שמיעה ☐ כן ☐ לא;

דיבור ☐ כן ☐ לא;

ראייה (כולל משקפיים) ☐ כן ☐ לא;

ריפוי בעיסוק ☐ כן ☐ לא;

מעקב נוירולוגי ☐ כן ☐ לא;

קלינאי תקשורת ☐ כן ☐ לא;



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

רקע התפתחותי:

1. הריון: האם ההריון היה מתוכנן ורצוי? האם היו קשיים במהלך ההריון? פרטו _____

2. לידה: האם הלידה הייתה תקינה? _____ פרטו _____

משקל התינוק בלידה: _____

האם הופיעו אצל האם בעיות רפואיות או אחרות (לפני או אחרי הלידה)? פרטו _____

3. הנקה: האם הייתה הנקה? ☐ כן ☐ לא עד איזה גיל _____ פרטו _____

4. אכילה: האם היו בעבר בעיות אכילה? ☐ כן ☐ לא באיזה גיל _____ פרטו _____

5. שינה: האם היו בעבר בעיות סביב השינה? ☐ כן ☐ לא באיזה גיל _____ פרטו _____

6. הליכה: באיזה גיל החל/ה ללכת? _____ האם היו בעיות סביב ההליכה? ☐ כן ☐ לא פרטו _____

7. דיבור: באיזה גיל החל/ה לדבר? _____ האם היו בעיות בדיבור (גמגום, דיבור לא ברור, חלקי)

☐ כן ☐ לא פרטו _____

8. חינוך לניקיון: באיזה גיל נגמל/ה? _____ נקי: _____ האם חזר/ה

להרטיב או ללכלך לאחר מכן? _____ באיזה גיל? _____ כמה זמן נמשך? _____

כיצד טופל? _____



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

9. מסגרות חינוכיות 0-3: באיזה גיל החל ללכת למטפלת? _____ למעון? _____ לגן? _____

האם היו קשיים בפרידה? כן ☐ לא ☐ פרטו _____

10. בית ספר: האם התעוררה שאלה לגבי בשלות לכיתה א'? כן ☐ לא ☐

האם הילד/ה עבר/ה בדיקת בשלות? כן ☐ לא ☐ פרטו _____

מה החליטו ההורים? _____
האם היו בעיות בלימודים/ בעיות משמעת/ בעיות חברתיות? כן ☐ לא ☐ פרטו _____

האם הילד מקבל עזרה בלימודים? (שיעורי עזר בביה"ס, שיעורים פרטיים, מורה טיפולית,

כיתה מקדמת וכדומה) כן ☐ לא ☐ פרטו _____

האם התעוררו בעיות מיוחדות בגיל ההתבגרות כן ☐ לא ☐ פרטו _____

האם משתתף/ת בחוגים? או בתנועות נוער? כן ☐ לא ☐ פרטו _____

האם יש משהו נוסף שאתם חושבים שחשוב שנדע כן ☐ לא ☐ פרטו _____

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

פרטו כל דבר נוסף שחשוב שנדע בשלב הפנייה

אנו מודים לכם על מילוי השאלון

**תשובותיכם הכנות והמלאות יעזרו לנו להתאים את המענה
לצרכים של ילדיכם ושלכם**

תודה על שיתוף הפעולה