

2. האם ינק? באיזה גילאים? כיצד התנהלה ההנקה? (אפיונים מיוחדים, קשיים)

המעבר לאכילה מבקבוק _____

מעבר לאכילת אוכל מוצק _____

האם באכילה כיום יש העדפות מיוחדות _____

האם באכילה כיום יש קשיים מיוחדים _____

תאר את ילדך כתינוק במושגים כמו: שקט/ ערני, אקטיבי/ פאסיבי, בכיין/ רגוע (הקף בעיגול)

שליטה על סוגרים יום _____ לילה _____ הרטבה חוזרת _____

התנהגות:

1. תאר את ילדך בהווה (דרג את ההתנהגות המאפיינת אותו)

	5	4	3	2	1	
אקטיבי						
רגוע						
מרוכז לאורך זמן						
מסתגל למצבים חדשים						
חברותי						
שמח בדרך כלל						
נינוח						
נפרד מהוריו בקלות						
מתמודד עם קושי						
עצמאי						
בטוח בעצמו						
פסיבי						
חסר מנוחה						
טווח ריכוז קצר						
מתקשה לקבל שינויים						
מתקשה להתחלק עם חברים						
מרבה לכעוס ולרגוז						
בכיין						
מתקשה להיפרד						
סף תסכול נמוך, אימפולסיבי						
תלתי						
חושש, חסר ביטחון						

2. האם קיימות התנהגויות אחרות יוצאות דופן? פרט _____

3. הרגלי שינה: (יום, לילה): _____

שפה

1. באיזה גיל התחיל ילדך לדבר? מילים _____ משפטים _____

2. האם כיום נוטה לדבר ולספר ביוזמתו או זקוק לעידוד _____

3. האם יש לו אוצר מילים נרחב? _____

4. האם קיימים שיבושי דיבור? (הגוי) _____

5. האם קיים קושי בהבנת הוראות? _____

תחושה ומגע

1. האם ילדך נמנע ממגע בחומרים כמו דבק, צבעי אצבעות, בוץ, חול, כן/ לא / לפעמים.

2. האם מביע אי נוחות ברחיצת פנים וניגוב פניו? כן/ לא/ לפעמים.

3. האם רגיש לסוג מסוים של בגדים או גרביים, צווארון?

<p>פרט.</p> <p>4.האם נרתע כשנוגעים בו באופן בלתי צפוי?</p> <p>5.האם נהנה מהחיבוק?</p> <p>6.האם קיימת רגישות/ חוסר רגישת חריגה לכאב?</p> <p>7.האם נמנע ממגע פיזי עם ילדים?</p> <p>8.האם מחפש מגע פיזי עם ילדים?(מכות, היאבקות, חיבוקים)?</p>
<p>תנועה:</p> <p>1.האם ילדך נהנה ממתקני גן השעשועים?</p> <p>2.האם הוא אוהב סיבובים באופן מיוחד (קרוסלה)?</p> <p>3.האם הוא תנועתי בבית?</p> <p>4.האם נראה חזק/ חלש/ מתעייף בקלות?</p> <p>5.האם נראה מסורבל, ניתקל, נופל לעיתים קרובות?</p> <p>6.האם מטפס לגובה?</p> <p>7.האם רוכב על אופניים?</p> <p>8.האם חש לא בטוב בזמן נסיעה?</p> <p>9.האם מעדיף משחקים בבית או בגן שעשועים?</p>
<p>פעילות ידיים:</p> <p>1.האם ילדך משתמש בקביעות באותה יד או מחליף ידיים באכילה, ציור וכדו'?</p> <p>2.האם נהנה מפעילות עדינה(הרכבה, השחלה, גזירה)?</p> <p>3.האם אוהב בעיפרון ושולט בו? פרט!</p> <p>4.האם גוזר באופן עצמאי?</p>
<p>חברה:</p> <p>1.האם ילדך מתחבר בקלות עם בני גילו?</p> <p>2.האם מעדיף להיות בחברת מבוגרים/ ילדים גדולים/ קטנים ממנו?</p> <p>3.האם משחק במשחקים מתאימים לגילו?</p> <p>4.מסתדר טוב יותר בקשר עם ילד אחר או קבוצה?</p> <p>5. האם יודע לחלוק בצעצועיו או מגלה רכושנות?</p>
<p>התמצאות ועצמאות:</p> <p>1.האם עצמאי בלבוש? פרט</p> <p>2.עצמאי באכילה ושתייה?</p> <p>3.עצמאי ברחצה והיגיינה אישית?</p> <p>4.האם ילדך מתמצא בסביבה הקרובה למקום מגוריו?</p> <p>5.האם מבחין בין ימין לשמאל?</p>

מסגרות:	
1.	באיזה גיל נכנס לראשונה למסגרת? _____
2.	באיילו מסגרות שהה עד היום? _____
3.	כיצד מסתגל למסגרות? _____
4.	באיזו מסגרת שוהה כיום? _____
סיכום:	
1.	מהם הקשיים העיקריים כפי שנראים בעינכם? בבית _____ בגן/במסגרת _____ בחברה _____
2.	מה הם הציפיות שלכם מהטיפול? _____

הערות/ מידע נוסף: _____

חתימת ההורה: _____
 תודה על שיתוף הפעולה