

המראיין: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

## סיכום אינטייק

שם הילד: \_\_\_\_\_  
ת.ז. : \_\_\_\_\_  
קופת חולים: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
נייד אם: \_\_\_\_\_  
טלפונים נוספים: \_\_\_\_\_  
עובדת סוציאלית: \_\_\_\_\_  
מקורות תמיכה למשפחה: \_\_\_\_\_

מכון להתפתחות הילד (אבחון ומעקב): \_\_\_\_\_  
סיבת ההפניה (הבעיה בעיני האב/האם): \_\_\_\_\_

## **תולדות המשפחה**

במידה וההורים אינם חיים יחדיו, נא לציין מי המשמורן וסדרי הראיה:

### האם

שם: \_\_\_\_\_  
ארץ לידה: \_\_\_\_\_  
שנת לידה: \_\_\_\_\_  
השכלה: \_\_\_\_\_  
מקצוע האם: \_\_\_\_\_  
תולדות עבר ומצב בריאותי:

משפחה גרעינית של אם (הורים, אחים)

שם האב: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_  
מצב בריאותי: \_\_\_\_\_  
מצב בריאותי: \_\_\_\_\_  
אחים: \_\_\_\_\_

מחלות פסיכיאטריות/גנטיות, נירולוגיות ואחרות במשפחה :

---

**האב**

שם: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_  
ארץ לידה: \_\_\_\_\_ השכלה: \_\_\_\_\_  
מקצוע האב: \_\_\_\_\_  
תולדות עבר ומצב בריאותי: \_\_\_\_\_

משפחה גרעינית של אב (הורים, אחים)

שם האב: \_\_\_\_\_ מצב בריאותי: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ מצב בריאותי: \_\_\_\_\_  
אחים: \_\_\_\_\_

מחלות פסיכיאטריות/גנטיות, נירולוגיות ואחרות במשפחה :

---

**אחי הנבדק**

שם	ת. לידה	בי"ס/כיתה	מצב בריאותי	הערות

שפה מדוברת בבית: \_\_\_\_\_

## רקע התפתחותי (הריון, לידה, משקל לידה)

### אבני דרך התפתחותיות מתולדות הילדות המוקדמת

יניקה : \_\_\_\_\_

משך הנקה : \_\_\_\_\_

סיבה להפסקה : \_\_\_\_\_

הזנה לאחר הנקה : \_\_\_\_\_

אלרגיות למזון : \_\_\_\_\_

### התפתחות מוטורית

החל לשבת בגיל : \_\_\_\_\_

לעמוד : \_\_\_\_\_

ללכת : \_\_\_\_\_

### התפתחות שפתית

מילים ראשונות :

משפטים :

### גמילה מחיתולים

יום : \_\_\_\_\_

לילה : \_\_\_\_\_

קשיי פרידה (באיזה גיל נפרד לראשונה מהאם -

מטפלת/מעון) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מסגרות קודמות : \_\_\_\_\_

באיזה גיל החלו לראשונה סימנים מדאיגים בהתפתחות הילד ואילו  
סימנים? \_\_\_\_\_

הרגלי שינה (האם קיימות הפרעות, איכות השינה, קימה בבוקר, שינה בצהריים):  
\_\_\_\_\_

### האם קיימות אצל הילד:

חרדות : \_\_\_\_\_

פחדים : \_\_\_\_\_

חוויות טראומטיות : \_\_\_\_\_

טיקים : \_\_\_\_\_

מחשבות כפייתיות : \_\_\_\_\_

התנהגות כפייתית/פעילות חוזרת : \_\_\_\_\_

התנהגות אלימה : \_\_\_\_\_

קשיים בהסתגלות למצבים חדשים ומשתנים : \_\_\_\_\_

רגישות תחושתית : \_\_\_\_\_

### טיפולים קודמים

סוג טיפול	מקום ושם המטפל	טלפונים

טיפולים עכשוויים

טלפונים	תדירות ומשך הטיפול מקום ושם המטפל	סוג טיפול

**מצב גופני**

גובה: \_\_\_\_\_

משקל: \_\_\_\_\_

מחלות גופניות: \_\_\_\_\_

חיסונים: \_\_\_\_\_

טיפת חלב: \_\_\_\_\_

רגיש לתרופות/מזון: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם מקבל טיפול תרופתי: \_\_\_\_\_

אשפוזים: \_\_\_\_\_

מידע רלוונטי נוסף: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## תיאור הילד היום ע"י ההורים

סדר יום :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

מהן הפעילויות/המשחקים האהובות על ילדך?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

תאר סוגי קשר עם בני המשפחה. האם יש שעות משחק משותף בבית?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

בתקשורת היום-יומית האם ילדכם מנסה להסב את תשומת לב של אחרים?

---

מבקש עזרה? \_\_\_\_\_

משתמש במילים? \_\_\_\_\_

פונה לאחרים כדי לבקש חפץ/מידע?

---

מביע רגשות בצורה מובנת?

---

מביע סירוב/דחייה :

---

נענה ליוזמות של אחרים?

---

מהו הדבר המהנה או המספק ביותר בקשרים עם ילדכם?

---

---

---

מה הן תחומי חוזק של ילדך?

---

גבולות בבית ושיתוף פעולה :

---

---

---

---

---

מהו מזג של הילד? מה גורם לאי שקט/עצבנות? מה מרגיע? מה מהווה חיזוק חיובי?

---

---

---

---

---

האם הילד עלול לסכן את עצמו?

---

תאר התנהגויות לא מסתגלות, איתן יש קושי בהתמודדות :

---

---

---

---

---

עצמאות- הרגלי ניקיון ואכילה :

---

---



## ציפיות מהגן

מהו התחום בו הייתם מעוניינים שהעבודה עם הילד תתמקד בשלב הראשון?

---

---

אילו נקודות/ תחומי תפקוד חייבים, לדעתכם, להיכנס לתוכנית העבודה של ילדכם השנה?

---

---

---

---

---

---

מחברת קשר נועדה למסירה ולקבלת אינפורמציה על הילד. איזה סוג של מידע חשוב לכם לקבל מהגננת?

---

---

---

---

ציפיות מיוחדות מהגן?

---

---

---

---

