



## טופס קליטה - מטופל חדש, ילד

אנא סמנו ב X במקומות הרלוונטיים. אם שאלה אינה רלוונטית לילדכם, אנא השאירו אותה ריקה.  
הפניה היא לזכר, אך מיועדת לבנות ובנים כאחד.

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
מיקום במשפחה (בכור/זקונים וכו'): \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_  
צבע עיניים: \_\_\_\_\_ צבע שיער: \_\_\_\_\_ סוג דם:  A  B  AB  RH+  RH-  
גובה: \_\_\_\_\_ משקל: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_  
עיר: \_\_\_\_\_  
מקוד: \_\_\_\_\_  
כתובת דואר אלקטרוני של ההורים \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_ נייד/טלפון אחר: \_\_\_\_\_

מי הפנה אותך? \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_  
שם האב: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

ממלא השאלון: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

מה מוצאו של הילד?  יהודי-אשכנזי  יהודי-ספרדי  ערבי  יוצא ברה"מ לשעבר  יוצא  
אתיופיה  אחר \_\_\_\_\_

מה הקשר שלך לילד?  
 אבא  אמא  אבא חורג  אמא חורגת  אבא מאמץ  אמא מאמצת  אבא אומנה  
 אמא אומנה  סבא  סבתא  אחר \_\_\_\_\_

כיום מי אחראי על הטיפול בילד?  
 הורים  אמא  אבא  הורים מאמצים  אמא ואבא חורג  אבא ואמא חורגת  סבים  
 אחר \_\_\_\_\_

מהי הבעיה העיקרית שהביאה אתכם להביא את ילדכם אלינו?  
 לילד אין בעיות  דכאון  חרדה  מחשבות אובדניות פעולות אובדניות  
 קושי לחשוב בבחירות  התמודדות עם גירושין של ההורים  בעיות בלימודים  
 בעיות התנהגות בביה"ס  סירוב ללכת לביה"ס  בעיות התנהגות בבית  אחר \_\_\_\_\_

כמה חמורה הבעיה?  
 לא רלוונטי  קלה  בינונית  חמורה  
כמה זמן הילד סובל מהבעיה?  
 לא רלוונטי  בשנים האחרונות  בימים האחרונים  בחודשים האחרונים  בשנה האחרונה  
 בשנתיים האחרונות  אחר \_\_\_\_\_

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





על מה מהבאים הבעיה משפיעה?

- לא רלוונטי  אין בעיות  הישגים בלימודים  יחסים של הילד עם חברים  
 יחסים של הילד עם בני משפחה  הבריאות הפיזית של הילד  
 הבריאות הנפשית של הילד  ההתנהגות של הילד  אחר \_\_\_\_\_

האם הילד קיבל טיפול לבעיה זו?

- לא רלוונטי  לא  כן אך עם הצלחה חלקית בלבד  כן, אך ללא הצלחה  כן, עם הצלחה

אילו בעיות נוספות יש לילד?

- אין  דכאון  חרדה  לא רלוונטי מחשבות אובדניות  פעולות אובדניות  
 קושי לשוב בבהירות  לא רלוונטי וויכוחים עם ההורים  בעיות התנהגות בביה"ס  
 סירוב ללכת לביה"ס  בעיות התנהגות בבית  בעיות בריאותיות  התעללות פיזית  
 התעללות מינית  הזנחה ע"י ההורים  הרטבת לילה  גניבות  פחדים  
 אחר \_\_\_\_\_

מה מצבו של הילד בביה"ס?

- עדיין לא התחיל ב"ס  
 לו"ז מלא, כיתה רגילה  לו"ז מלא, חינוך מיוחד  לו"ז חלקי, כיתה רגילה  
 לו"ז חלקי, חינוך מיוחד  מושעה מביה"ס  סולק מביה"ס  חינוך ביתי  
 אחר \_\_\_\_\_

באיזו כיתה הילד לומד כיום (או לאיזו כיתה עולה בסיום חופשת הקיץ אם רלוונטי)?

- לא הולך בביה"ס, לא ילך בביה"ס  טרום חובה  חובה  א'  ב'  ג'  ד'  ה'  ו'  
 אחר \_\_\_\_\_

עם מי חי הילד?

- הורים  אמא  אבא  משמורת משותפת (אחרי גירושין)  אמא ואבא חורג  
 אבא ואמא חורגת  קרובים  הורים מאמצים  חברים  הורים מאמצים  
 אחר \_\_\_\_\_

היכן הילד גר?

- בית פרטי  דירה  דירת גן  פנימיה  אחר \_\_\_\_\_

כמה ילדים במשפחה, כולל הילד?

- ילד יחיד  2  3  4  5  6  7  8  9  10  יותר מ 10

מתוך הילדים במשפחה, כמה הם אחים חורגים?

- לא רלוונטי  2  3  4  5  6  7  8  יותר מ 8

מה המיקום של הילד בסדר הילדים?

- לא רלוונטי, ילד יחיד  זקונים  ילד סנדוויץ'  בכור  אחר \_\_\_\_\_

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





מהי רמת ההשכלה של הגבר המטפל כיום בילד?

- לא רלוונטי  לא ידוע  פחות מכתה ח'  כיתה ח'  חלק מהתיכון  בוגר תיכון  
 אקדמאית חלקית  תואר ראשון  תואר שני  תואר רפואי  תואר במשפטים  
 אחר: \_\_\_\_\_

מהו העיסוק העיקרי של הגבר המטפל כיום בילד?

- לא רלוונטי  לא ידוע  בעיקר לא עובד כרגע  עיסוקים רבים ושונים  
 משרה ללא הכשרה (עובד מפעל וכד')  עובד עם הכשרה (ריתוך, נגרות וכו')  משרה פקידותית  
 מכירות  בעל עסק קטן  טכנאי  מנהל זוטרי  מקצוע בריאות  הנהלה בכירה  
 איש קבע  אחר: \_\_\_\_\_

מה מהבאים נכון בנוגע לגבר המטפל כיום בילד?

- לא רלוונטי  לא ידוע  לא נשוי  נשוי פעם ראשונה  נשוי פעם שניה  
 היה נשוי יותר מפעמיים

מהי רמת ההשכלה של האשה המטפלת כיום בילד?

- לא רלוונטי  לא ידוע  פחות מכתה ח'  כיתה ח'  חלק מהתיכון  בוגר תיכון  
 אקדמאית חלקית  תואר ראשון  תואר שני  תואר רפואי  תואר במשפטים  
 אחר: \_\_\_\_\_

מהו העיסוק העיקרי של האשה המטפלת כיום בילד?

- לא רלוונטי  לא ידוע  בעיקר לא עובדת כרגע  עיסוקים רבים ושונים  
 משרה ללא הכשרה (עובדת מפעל וכד')  עובדת עם הכשרה (ריתוך, נגרות וכו')  
 משרה פקידותית  מכירות  בעלת עסק קטן  טכנאית  מנהלת זוטרה  מקצוע בריאות  
 הנהלה בכירה  אשת קבע  אחר: \_\_\_\_\_

מה מהבאים נכון בנוגע לאשה המטפלת כיום בילד?

- לא רלוונטי  לא ידוע  לא נשואה  נשואה פעם ראשונה  נשואה פעם שניה  
 היתה נשואה יותר מפעמיים

מהו מקור ההכנסה העיקרי עבור משפחתו של הילד?

- לא רלוונטי  לא ידוע  עבודת האב  עבודת האם  הכנסה משותפת  
 סעד/רווחה  מזונות - אם  מזונות - ילד/ים  אחר: \_\_\_\_\_

מהו המצב הכלכלי של משפחתו של הילד?

- לא רלוונטי  לא ידוע  עוני  מעמד נמוך  מעמדי בינוני  מעמד גבוה

בן כמה היה האב הביולוגי בזמן לידתו של הילד?

- לא ידוע  15-19  20-29  30-39  40-49  50 ומעלה

בת כמה היתה האם הביולוגית בזמן לידתו של הילד?

- לא ידוע  15-19  20-29  30-39  40-49  50 ומעלה

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו



האם ההיריון היה מתוכנן?

לא ידוע  כן  לא

מה היתה גישתה של האם בזמן ההיריון?

לא ידוע  מקבלת  אמביוולנטית  שמחה  כועסת  מדוכאת  מודאגת  מפוחדת  
 מצוברחת  אחר: \_\_\_\_\_

מה היה מצבו הפיזי של הילד מיד לאחר הלידה?

לא ידוע  רגיל, ללא בעיות מיוחדות  נפגע בלידה  קשיי נשימה  בעיות לב  
 בעיות בעצמות  משקל לידה נמוך  בעיות עיכול  זיהום  צהבת  קיבל עירווי דם  
 סבל מפרכוסים  חום  שהה בטיפול נמרץ  שהה באינקובטור  
 אחר: \_\_\_\_\_

מה היה משקל הלידה של הילד, בערך?

1/2 ק"ג  1 ק"ג  1.5 ק"ג  2 ק"ג  2.5 ק"ג  3 ק"ג  3.5 ק"ג  4 ק"ג  
 4.5 ק"ג  5 ק"ג  יותר מ 5 ק"ג

כמה ימים שהה הילד בביה"ח לאחר הלידה?

לא ידוע  5 ימים או פחות  יותר מ 5 ימים  יותר מ 10 ימים  יותר מ 20 ימים  
 יותר מ 30 ימים

תארו את מזגו של הילד לפני גיל שנתיים:

לא ידוע  רגוע  פעיל  חברתי  מופנם  שמח  לא שמח  ערני  ישנוני  
 מגלה חיבה  בכיין  קשה  עצבני  רגיש (יתר)  כועס  רגיל  לא רגיל  
 מפוחד  נודניק  סקרן  אוהב משחקים  
 אחר: \_\_\_\_\_

מה היתה התזונה של הילד לפני גיל שנתיים?

לא ידוע  בקבוק/תמ"ל  הנקה  שילוב של בקבוק והנקה

מלידה עד גיל שנתיים, מתי פיתח הילד יכולות כגון ישיבה וזחילה?

לא ידוע  מוקדם מרוב הילדים  בערך כמו כל הילדים  מאוחר מרוב הילדים  
 אחר: \_\_\_\_\_

מתי למד הילד ללכת?

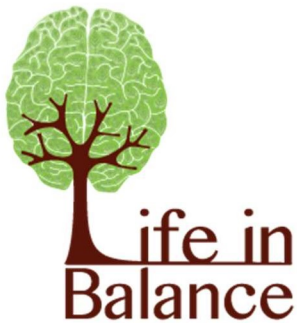
לא ידוע  לפני גיל שנה  שנה עד שנה וחצי  שנה וחצי עד שנתיים  לאחר גיל שנתיים  
 אחר: \_\_\_\_\_

מתי למד הילד לדבר?

לא ידוע  לפני גיל שנה  שנה עד שנה וחצי  שנה וחצי עד שנתיים  לאחר גיל שנתיים  
 אחר: \_\_\_\_\_

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





מתי התחיל תהליך גמילה מחיתולים?

- לא ידוע  לפני גיל שנה  בגיל שנה  בגיל שנה וחצי  בגיל שנתיים  
 בגיל שנתיים וחצי  בגיל שלוש  בגיל שלוש וחצי  בגיל ארבע  
 אחרי גיל ארבע  אחר: \_\_\_\_\_

האם היו בעיות עם תהליך הגמילה?

- לא ידוע  לא  בעיות קשות  בעיות בינוניות  בעיות מעטות  
 אחר: \_\_\_\_\_

תארו את ההתפתחות המוטורית של הילד (ריצה, קפיצה, זריקה וכו') מגיל שנתיים עד חמש:

- לא ידוע  מתקדם בהשוואה לילדים אחרים  ממוצע בהשוואה לילדים אחרים  
 איטי בהשוואה לילדים אחרים  אחר: \_\_\_\_\_

תארו את התפתחות השפה של הילד (דיבור במשפטים, אוצר מילים) מגיל שנתיים עד 5

- לא ידוע  מתקדם בהשוואה לילדים אחרים  ממוצע בהשוואה לילדים אחרים  
 איטי בהשוואה לילדים אחרים  אחר: \_\_\_\_\_

תארו את ההתפתחות החברתית של הילד (התפתחות של חברויות, מערכות יחסים עם בני גילו, עם מבוגרים וכו') מגיל שנתיים עד 5

- לא ידוע  מתקדם בהשוואה לילדים אחרים  ממוצע בהשוואה לילדים אחרים  
 איטי בהשוואה לילדים אחרים  אחר: \_\_\_\_\_

תארו את ההתפתחות המנטלית של הילד (ספירת מספרים, ידיעת האלף-בית, השלמת פזלים, הבנת מושגים ורעיונות וכו') מגיל שנתיים עד 5

- לא ידוע  מתקדם בהשוואה לילדים אחרים  ממוצע בהשוואה לילדים אחרים  
 איטי בהשוואה לילדים אחרים  אחר: \_\_\_\_\_

תארו את מזגו של הילד בין גיל שנתיים 5:

- לא ידוע  רגוע  פעיל  חברתי  מופנם  שמח  לא שמח  ערני  ישנוני  
 מגלה חיבה  בכיין  קשה  עצבני  רגיש (יתר)  כועס  רגיל  לא רגיל  
 מפוחד  נודניק  סקרן  אוהב משחקים  
 אחר: \_\_\_\_\_

באילו מסגרות הילד נכח?

- לא נכח באף מסגרת  משפחתון  גנון  גן חובה

באיזה גיל התחיל הילד ללכת לגן חובה?

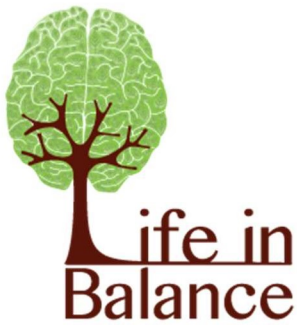
- לא הלך לגן חובה  4  5  6  7  מעל לגיל 7

האם היו לילד קשיים או בעיות כלשהם כשהתחיל גן חובה?

- לא רלוונטי  לא  התחיל לפחד  התלונן שלא מרגיש טוב כדי להימנע מללכת לגן  
 היה צורך להענישו על מנת שילך לגן  אחר: \_\_\_\_\_

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





אילו מהבאים מתאר את חוויתו של הילד בגן חובה?  
 לא רלוונטי  נהנה מגן חובה  הרגיש נייטרלי בגן חובה  לא אהב את גן חובה

אילו מהבאים מתאר את התנהגותו של הילד בגן חובה?  
 לא רלוונטי  מפוחד  מופנם  אגרסיבי  לא ממושמע  מפריע  פעיל  
אחר: \_\_\_\_\_

תארו את הישגיו הלימודיים של הילד בגן חובה:  
 לא רלוונטי  איטי  ממוצע  מתקדם

באיזה גיל התחיל הילד כתיב א'?  
 לא הלך לכתה א'  5  6  7  8  מעל לגיל 8

אילו מהבאים מתאר את חוויתו של הילד בכתה א'?  
 לא רלוונטי  נהנה מכתה א'  הרגיש נייטרלי בכתה א'  לא אהב את כתה א'

תארו את הישגיו הלימודיים של הילד בכתה א':  
 לא רלוונטי  ציונים מצויינים  ציונים טובים  ציונים ממוצעים  ציונים נמוכים  
אחר: \_\_\_\_\_

תארו את שעבר על ילדכם בכתה א':  
 לא רלוונטי  ללא אירועים מיוחדים  הושעה  סולק  החמיץ לימודים לעיתים קרובות  
 היה בכיתת חינוך מיוחד  היה בכיתת חינוך מיוחד באופן חלקי/כיתה רגילה עם סיוע  
 היה בכיתת/מסלול מחוננים  היה בטיפול של יועץ/צת  עבר הערכה פסיכולוגית  
אחר: \_\_\_\_\_

תארו את שעבר על ילדכם מאז כתה א':  
 לא רלוונטי  ללא אירועים מיוחדים  הושעה  סולק  החמיץ לימודים לעיתים קרובות  
 היה בכיתת חינוך מיוחד  היה בכיתת חינוך מיוחד באופן חלקי/כיתה רגילה עם סיוע  
 היה בכיתת/מסלול מחוננים  היה בטיפול של יועץ/צת  עבר הערכה פסיכולוגית  
אחר: \_\_\_\_\_

תארו את מקצועות הלימוד בהם ילדכם מראה חוזקות:  
 לא רלוונטי  אין מקצועות כאלו  אומנות  מוזיקה  קריאה  חשבון  איות  
 שפה  מדעים  היסטוריה  מדעי החברה/מפתח הלב  אחר: \_\_\_\_\_

תארו את מקצועות הלימוד בהם ילדכם מתקשה:  
 לא רלוונטי  אין מקצועות כאלו  אומנות  מוזיקה  קריאה  חשבון  איות  
 שפה  מדעים  היסטוריה  מדעי החברה/מפתח הלב  
אחר: \_\_\_\_\_

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו







תארו את המיומנויות בהם ילדכם מראה רמה גבוהה בביה"ס:

- לא רלוונטי  אין מיומנויות כאלו  ריכוז  ארגון  הכנה לבחינות  עבודות ודו"חות  
 כתב יד  שינון  תשומת לב בשיעורים  השלמת משימות בזמן  להיות זהיר ולבדוק את  
עבודתו  אוצר מילים והבעה  הבנת מושגים ורעיונות  לרצות את המורה  התנהגות נאותה  
 ביצוע בחינות  מהירות קריאה  הבנת הנקרא  איות  עבודה קשה  
 תבונה/אינטליגנציה  אחר: \_\_\_\_\_

תארו את המיומנויות בהם ילדכם מתקשה בביה"ס:

- לא רלוונטי  אין מיומנויות כאלו  ריכוז  ארגון  הכנה לבחינות  עבודות ודו"חות  
 כתב יד  שינון  תשומת לב בשיעורים  השלמת משימות בזמן  להיות זהיר ולבדוק את עבודתו  אוצר  
מילים והבעה  הבנת מושגים ורעיונות  לרצות את המורה  התנהגות נאותה  
 ביצוע בחינות  מהירות קריאה  הבנת הנקרא  איות  עבודה קשה  תבונה/אינטליגנציה  
 אחר: \_\_\_\_\_

האם לילדכם יש כרגע בעיות התנהגות בכתה?

- לא רלוונטי  לא  נדרש לשבת ליד המורה  נדרש לשבת בבידוד/הרחק מילדים אחרים  
 נשלח למשרד המנהל/ת  ננזף לעיתים קרובות  מתפרץ לדברי אחרים  לא יכול להכות לתורו  
 אחר: \_\_\_\_\_

האם לילדכם יש כרגע קשיים עם תשומת לב וריכוז בכיתה?

- לא רלוונטי  לא  חולמני  לא משלים משימות  החומר מבולגן ולא מאורגן  
 שוכח את הוראות המורה  פועל ללא מחשבה  קושי לשבת בשקט  קושי לשמור על שקט  
 אחר: \_\_\_\_\_

כיצד הילד מתואר על ידי מוריו?

- לא רלוונטי  אף אחד מהבאים  קופצני/תזזיתי  מתקשה להישאר בכסא  מוסח בקלות  
 לא מחכה לתורו בזמן משחק  עונה על שאלות לפני שהשלימו את השאלה  לא מסיים משימות  
 מתקשה לשמור על ריכוז  עובר ממשימה לא מלאה אחת לאחרת  מתקשה לשחק בשקט  
 מדבר ללא הפסקה  מפריע  לא מקשיב  אחר: \_\_\_\_\_

מה מהבאים נכון?

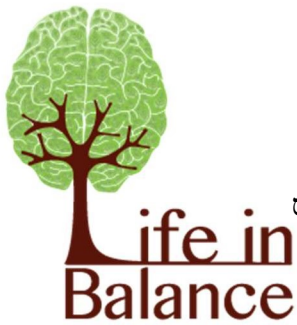
- לא ידוע  אף אחד  הילד עבר בדיקות רפואיות שגרתיות  הילד עבר בדיקות שמיעה שגרתיות  הילד עבר  
בדיקות ראייה שגרתיות  הילד עבר בדיקות שגרתיות אצל רופא שיניים.

מה מהבאים נכון?

- אף אחד  הילד מרכיב משקפיים  הילד מרכיב מכשיר שמיעה  הילד מרכיב סד  
אורתופדי  הילד נועל נעליים אורתופדיים/מישרות  הילד משתמש בקביים להליכה  
 אחר: \_\_\_\_\_

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





אילו בעיות עם שינה יש לילדכם?

- אין  מתקשה להירדם  מתעורר הרבה במהלך הלילה  לא ישן מספיק  ישן יותר מדי  
 חסר מנוחה בשינה  מתעורר מוקדם מדי בבוקר  ישן מספיק, אך עדיין עייף  נרדם בביה"ס  
 מסרב ללכת לישון בלילה  מסרב לקום בבוקר  הולך מתוך שינה  סיוטים או ביעותי לילה  
 אחר: \_\_\_\_\_

אילו בעיות עם אכילה יש לילדכם?

- אין  מסרב לאכול דיאטה מאוזנת  אוכל יותר מדי חטיפים  בררן באוכל  תיאבון ירוד  
 אוכל יותר מדי  אחר: \_\_\_\_\_

האם לילד יש בעיות עם הרטבה או בריחת צואה?

- לא  מדי פעם מרטיב את המיטה  לעיתים קרובות מרטיב את המיטה  לעיתים קרובות בריחת צואה במיטה  
 מדי פעם מרטיב במכנסיים  לעיתים קרובות מרטיב במכנסיים  מדי פעם בורחת צואה במכנסיים  אחר: \_\_\_\_\_

באילו שיטות להחלת משמעת משתמשים הורי הילד (או האופטרופוסים)?

- לא רלוונטי  לא ידוע  לא מקפידים על משמעת  צעקות  הרצאות  עונשים פיזיים  
 ריתוק  אובדן דמי כיס  ביטול זכויות

כמה קפדנים הם הוריו (או האופטרופוסים) של הילד?

- לא רלוונטי  לא ידוע  קפדנים מאד  קפדנים  ממוצע  מתירנים  מתירנים מאד

האם הילד עבר התעללות ע"י בן בית נוכחי או בעבר?

- לא רלוונטי  לא ידוע  לא  כן, פיזית  כן, נפשית  כן, מילולית  כן, מינית  
 כן, הזנחה

אילו מהבאים מתאר את הילד עכשיו?

- יש לו הרבה חברים קרובים  יש לו מספר חברים בקרובים  יש לו מעט חברים קרובים  
 אין לו חברים קרובים

כיצד תופס הילד את רמת המקובלות החברתית שלו?

- טוב  מעורב  ירודה

אילו בעיות יש לילד עם בני גילו?

- אין בעיות  מתגרים בו  תוקפים אותו פיזית  וויכוחים תדירים  
 נדחה ע"י בני גילו  מקנא בבני גילו  בני גילו עם התנהגות עבריינית  
 בני גילו עם ציונים נמוכים  אחר: \_\_\_\_\_

כיצד משתתף הילד במשחקים עם אחרים?

- לא משתתף  משתתף באופן פעיל  משתתף באופן פאסיבי  מרמה מדי פעם  מרמה לעיתים קרובות  יש לו דחף חזק לנצח  אין לו עניין בניצחון  אחר: \_\_\_\_\_

האם לילד יש חברים דמיוניים?

- מעולם לא היו לו  היו בעבר, כיום אין  יש לו

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





אנא ציינו אם ביצעתם אחת או יותר מההערכות, הטיפולים או הייעוצים הבאים ע"י סימון בתור המתאים. אנא צרפו העתק של דו"חות או צרפו את המקום ואת פרטי הקשר של המקום בו התבצעה ההערכה. הוסיפו הערות (בכתב יד אם צריך).

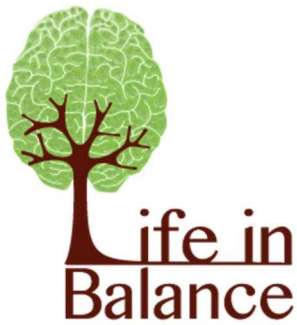
הערכה/מבדק/ייעוץ/טיפול	תאריך	סמן אם לא תקין	סמן אם "כן"
הערכה פסיכולוגית		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מבדק אינטליגנציה של Weschsler גן/בי"ס		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הערכת שפה או דיבור		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בדיקות גנטיות		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הערכה נוירולוגית		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הערכה גסטרואנטרולוגית		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בדיקת גלוטן/צליאק		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בדיקות אלרגיה		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הערכה תזונתית		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הערכה שמיעתית		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הערכת ראייה		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אוסתיאופטיה		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
דיקור סיני		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פיזיותרפיה		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ריפוי בעיסוק		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אינטגרציה סנסורית		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שיעורי שפה		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שפת סימנים		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הומאופטיה		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
נטורופטיה		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
כירופרקטיקה		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אחר (היו ספציפיים):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**אשפוזים**

גיל	סיבת האשפוז

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





## היסטוריה של האם:

מס' הריונות \_\_\_\_\_ לידות חיות \_\_\_\_\_ הפלות \_\_\_\_\_  
 היריון מבחינת האם: אנא סמני בכל מקום בו רלוונטי עבור תקופת ההיריון והלידה:  
 אנא תארי אם רלוונטי

<input type="checkbox"/>	קושי להיכנס להיריון (יותר מ 6 חודשים)
<input type="checkbox"/>	שימוש בתרופות לבעיות פוריות
<input type="checkbox"/>	אנא פרטי:
<input type="checkbox"/>	הפריית מבחנה
<input type="checkbox"/>	שימוש במלקחים בלידה
<input type="checkbox"/>	שתיית אלכוהול
<input type="checkbox"/>	שתיית קפה
<input type="checkbox"/>	עישון (טבק)
<input type="checkbox"/>	נטילת בפרוגסטרון
<input type="checkbox"/>	נטילת תוספים פרה-נטל
<input type="checkbox"/>	נטילת אנטיביוטיקה
<input type="checkbox"/>	שימוש בסמים/תרופות אחרים
<input type="checkbox"/>	אנא פרטי:
<input type="checkbox"/>	הקאות מרובות, בחילות (יותר מ 3 חודשים)
<input type="checkbox"/>	סבלת מזיהום ויראלי
<input type="checkbox"/>	סבלת מזיהום פטרייתי
<input type="checkbox"/>	נזקקת לסתימות אמלגם בשיניים
<input type="checkbox"/>	הסרת סתימות אמלגם מהשיניים
<input type="checkbox"/>	סתימות בשיניים כמה?
<input type="checkbox"/>	דימומים (באילו חודשים?)
<input type="checkbox"/>	בעיות בלידה
<input type="checkbox"/>	זיהום בסטרפטוקוק B
<input type="checkbox"/>	ניתוח קיסרי
<input type="checkbox"/>	סיבת הניתוח:
<input type="checkbox"/>	זירוז לידה (פיטוצין למשל)
<input type="checkbox"/>	שימוש בהרדמה בלידה
<input type="checkbox"/>	אנא פרטי:
<input type="checkbox"/>	שימוש בחמצן בלידה
<input type="checkbox"/>	צילום רנטגן
<input type="checkbox"/>	חיסון אנטי D כמה זריקות?
<input type="checkbox"/>	סכרת היריון
<input type="checkbox"/>	ל"ד גבוה, פרהאקלמפסיה
<input type="checkbox"/>	ל"ד גבוה/טוקסמיה (רעלת דם)
<input type="checkbox"/>	חשיפה לחומרים כימיים
<input type="checkbox"/>	מעבר לבית חדש (או לאחר שיפוץ)
<input type="checkbox"/>	בית עבר צביעה פנימית
<input type="checkbox"/>	בית עבר צביעה חיצונית
<input type="checkbox"/>	בית עבר הדרה למזיקים

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





מידע על התקופה שלאחר הלידה – אנא סמנו בכל מקום רלוונטי בשאלות הבאות עבור הילד.

	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	פעיל מאד לפני הלידה
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	בית חולים / מרכז לידה
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	נזקק לטיפול מיוחד לילוד
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	נראה בריא
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	ניתן להרגעה בקלות במהלך החודש הראשון
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אנטיביוטיקה בחודש הראשון
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	ללא סיבוכים בחודש הראשון

#### משקל לידה ואפגר

משקל לידה: \_\_\_\_\_ ק"ג      אורך: \_\_\_\_\_ ס"מ  
 דירוג אפגר דקה: \_\_\_\_\_      דירוג אפגר 5 דקות: \_\_\_\_\_

#### מחלות בילדות מוקדמת

מספר מקרים של כאבי אוזניים בשנתיים הראשונות: \_\_\_\_\_  
 מספר זיהומים אחרים בשנתיים הראשונות: \_\_\_\_\_  
 מס' פעמים בהם נזקק לאנטיביוטיקה בשנתיים הראשונות: \_\_\_\_\_  
 מס' מנות של אנטיביוטיקה מניעתית בשנתיים הראשונות: \_\_\_\_\_  
 אנטיביוטיקה פעם ראשונה בגיל: \_\_\_\_\_  
 מחלה ראשונה בגיל: \_\_\_\_\_

#### היסטוריה התפתחותית

אנא ציינו את הגיל המשוער בחודשים עבור כל אחת מאבני הדרך הבאות

התיישב	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם
זחילת גחון	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם
משך עצמו לעמידה	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם
גמול מחיתולים ביום	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם
הלך לבד	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם
יבש בלילה	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם
מילים ראשונות	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם
דיבר בצורה ברורה	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם
איבד שפה	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם
איבד קשר עין	_____ חודשים	<input type="checkbox"/> אף פעם

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו

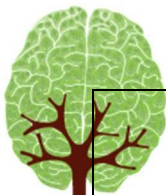


היסונים	אנא ציינו תאריך משוער אם אין בידכם את התאריך המדויק	האם הילד סבל מהתופעות הבאות: "מעיים" מתייחס לכל תסמין שקשור למעיים כולל שלשולים. "נפיחות" מתייחס לנפיחות באתר הזריקה
---------	---	--

חום	חסר מנוחה	פרכוס	בכי	נפיחות	מעיים	תאריך	טטנוס-דפטריה-שעלת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1 DPT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2 DPT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3 DPT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 DPT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5 DPT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		דיפטריה-טטנוס של מבוגר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		דיפטריה-טטנוס של ילדים
חום	חסר מנוחה	פרכוס	בכי	נפיחות	מעיים	תאריך	דלקת קרום המוח B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1 Hib
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2 Hib
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3 Hib
חום	חסר מנוחה	פרכוס	בכי	נפיחות	מעיים	תאריך	פוליו פעיל (טיפות)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1 OPV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2 OPV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3 OPV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 OPV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5 OPV
חום	חסר מנוחה	פרכוס	בכי	נפיחות	מעיים	תאריך	פוליו מומת (זריקה)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1 IPV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2 IPV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3 IPV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 IPV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5 IPV
חום	חסר מנוחה	פרכוס	בכי	נפיחות	מעיים	תאריך	חיסון מרובע (MMRV)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1 MMRV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2 MMRV

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





Life in  
Balance

הפטיטיס B	תאריך	מעיים	נפיחות	בכי	פרכוס	חסר מנוחה	חום
1 HBV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 HBV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 HBV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 HBV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חיסון מחומש (DTaP,Hib,IPV) תאריך							
מחומשת 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מחומשת 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מחומשת 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מחומשת 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מחומשת 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מנת דחף (בי"ס)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מנת דחף (גיוס)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
תגובות אחרות							
חיסון אבעבועות רוח		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מבדק מנטו (שחפת)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אחר		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

היסטוריה רפואית אחרת: אנא ציינו האם הילד סבל מהמצבים המתוארים לעיל, ובאיזה גיל.

גיל	אנא תארו כל פציעה	גיל	אנא ציינו גיל משוער
	פגיעת ראש		תוספתן
	עצם שבורה		ברית מילה
	עצם שבורה		בקע ("קילה")
	פגיעה בעין		שקדים
	פגיעה צווארית		אדנואידים
	פגיעת בטן		כפתורים באזנים
	פגיעות נוספות:		ניתוחים נוספים:
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו



החיים באיזון  
ואיזון בחיים

054-444-2448   
חפשו אותי גם ב-  

lifeinbalance.co.il   
drhirsh@lifeinbalance.co.il 

ד"ר עומר הירש DC  
כירופרקט, ניורולוג תפקודי



## היסטוריה סביבתית

אנא ציינו חשיפה עכשווית וחשיפות בעבר

חשיפה:	בעבר	עכשווית
עובש בחדר השירותים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הדברת מזיקים – פנים הבית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הדברת מזיקים – מחוץ לבית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חימום אוויר מרכזי ללא מזגן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הצפה במרתף	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
עובש נראה לעין בחל החיצוני של הבית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
סביבה לחה או מיוערת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
עובש במרתף, מחסן עליית גג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בית ספר/גן מעובשים או מעופשים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
עישון (טבק)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שטיח בחדר השינה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שטיח ברוב חלקי הבית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מצעים מפוך או נוצות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## היסטורית תרופות

אנא ציינו את כל התרופות שילדכם קיבל או מקבל (למעט אנטיביוטיקות, נוגדי כאב ונוגדי דלקת), כולל תרופות פסיכיאטריות, תרופות למצבים כרוניים נרכשים/מולדים, תרופות הקשורות לבעיות הורמונליות, אפילפסיה, דכאון, הפרעות קשב וכו'.

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו



החיים באיזון  
ואיזון בחיים

054-444-2448   
  חפשו אותי גם ב-

lifeinbalance.co.il   
 drhirsh@lifeinbalance.co.il 

ד"ר עומר הירש DC  
 כירופרקט, נירולוג תפקודי





## רשימת תיוג וסטיבולרית

המערכת הוסיבולרית עוסקת כולה בשווי משקל ומודעות מרחבית. אלו הם סימנים לבעיה בתחום זה. קראו כל אחד מהתסמינים הבאים, וסמנו x או  $\sqrt{\quad}$  בריבוע אשר מתאר בצורה המדויקת ביותר את ילדכם. 1 משמעו "לא רלוונטי כלל", ו 10 משמעו "כמעט תמיד". סכמו את המספרים ותעדו את התוצאה. (הציון הנמוך ביותר האפשרי הוא 10, והגבוה ביותר האפשרי הוא 100).

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										שווי משקל גרוע
										עיכוב בזחילה, עמידה ו/או הליכה
										מתח שרירים נמוך (גמישות יתר)
										חוזה בחילות בנסיעה
										לא אוהב גבהים, נדנדות, קרוסלה, מדרגות נעות, מעליות
										מאבד כיוון בקלות ו/או חוש כיוון ירוד
										מסורבל
										קושי להיות ברגיעה; יכול לחפש תנועה באופן פעיל כגון להסתובב או להתנדנד
										קושי בתפיסת מרחב
										הולך או הלך על קצות האצבעות
										סה"כ _____

## רשימת תיוג של תפקוד שמיעתי

אלו הם התסמינים עבור בעיה עם מערכת העיבוד השמיעתי. קראו כל אחד מהתסמינים הבאים, וסמנו x או  $\sqrt{\quad}$  בריבוע שמתאר בצורה הטובה ביותר את ילדכם. 1 משמעו "לא רלוונטי כלל", ו 10 משמעו "כמעט תמיד". סכמו את המספרים, ותעדו את הסכום. (הניקוד הנמוך ביותר האפשרי הוא 10, והגבוה ביותר הוא 100).

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										חשש בנוגע לחוש השמיעה בתור תינוק
										חוסר יכולת לשיר בלי לזייף
										רגישות יתר לקולות ורעשים
										מפרש לא נכון שאלות
										מבלבל מילים עם צליל דומה; צריך לשמוע מילים שוב ושוב לעיתים קרובות
										חוסר יכולת לעקוב אחר רצף הוראות
										טון דיבור קבוע וחדגוני
										דיבור מהוסס
										אוצר מילים קטן
										בלבול או היפוך אותיות
										סה"כ _____

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





## רשימת תיוג עבור ליקוי בתפקוד החזותי

רשימת תיוג ו מתמקדת בתסמינים אשר מקשים על מלאכת הקריאה. אם אינכם בטוחים, דברו עם מורתו של ילדכם, או בצעו מספר תרגילי קריאה עם ילדכם. קראו כל אחד מהתסמינים הבאים, וסמנו x או  $\sqrt{\quad}$  בריבוע אשר מתאר בצורה המדויקת ביותר את ילדכם. 1 משמעו "לא רלוונטי כלל", ו 10 משמעו "כמעט תמיד". סכמו את המספרים ותעדו את התוצאה. (הציון הנמוך ביותר האפשרי הוא 10, והגבוה ביותר האפשרי הוא 100).

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										קורא מילים לא נכון
										מפספס או חוזר על מילים או שורות
										קורא לאט
										צריך להשתמש באצבע או בסמן אחר כמצביע לקריאה
										חוסר יכולת לזכור את אשר נקרא
										יכולת ריכוז ירודה
										יכולת מיקוד ירודה בעת קריאה; דהיינו אותיות נעות או מקפצות על הדף
										כתב יד עקום או נוטה
										אותיות נראות לא מאוזנות עם עין אחת מכוסה, או כשמנסה לקרוא על הצד
										רגישות לאור
										סה"כ _____

## רשימת תיוג של תפקוד פרופריוספטיבי

רשימת תיוג זו תעזור לשפוט, כמה טוב ילדם חש/ה את גופו/ה במרחב. קראו כל אחד מהתסמינים הבאים, וסמנו x או  $\sqrt{\quad}$  בריבוע אשר מתאר בצורה המדויקת ביותר את ילדכם. 1 משמעו "לא רלוונטי כלל", ו 10 משמעו "כמעט תמיד". סכמו את המספרים ותעדו את התוצאה. (הציון הנמוך ביותר האפשרי הוא 10, והגבוה ביותר האפשרי הוא 100).

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										יציבה גרועה
										נע בעצבנות או מתנועע ללא הפסקה
										רצון מוגזם להיות על הידיים או להיות מחובק מעורר תגרות
										כורך את רגליו סביב רגלי השולחן/כסא לשם תמיכה
										בעיה בזיהוי חלקי גוף במרחב
										נתקל בחפצים שונים לעיתים קרובות
										שיווי משקל ירוד
										מניע את הגוף הלוך ושוב, או "דופק" את הראש
										לא אוהב גבהים
										סה"כ _____

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו



**רשימת תיוג תפקוד טקטילי (מגע)**

תסמינים אלו מצביעים על תת רגישות או רגישות יתר למגע. קראו כל אחד מהתסמינים הבאים, וסמנו x או √ בריבוע שמתאר בצורה הטובה ביותר את ילדכם. 1 משמעו "לא רלוונטי כלל", ו 10 משמעו "כמעט תמיד". סכמו את המספרים, ותעדו את הסכום. (הניקוד הנמוך ביותר האפשרי הוא 10, והגבוה ביותר הוא 100.)

**< תסמינים של תת-רגישות למגע (היפוטקטילי)**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										תת רגישות למגע לרוב הדברים
										לא שם לב או לא מגיב כאשר נחתך
										סף כאב גבוה
										לא חש בתחושה של חום וקור
										משתוקק לענפי ספורט הכוללים מגע
										לא שם לב כאשר מתיישב על חפץ
										מעורר משחקים עם התפרעות או תגרות
										לא רגיש לדגדוגים
										נוגע בדברים באופן כפייתי
										מתנהג כמו פיל בחנות חרסינה
סה"כ _____										

**< תסמינים של רגישות יתר למגע (היפרטקטילי)**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										נראה כאילו רגיש יתר על המידה כל הזמן
										לא אוהב לשחק משחקי ספורט
										לא אוהב שנוגעים בו
										שונא פתקיות ותגיות בבגדים
										סובל מתגובות אלרגיות בעור
										שונא/ת איפור ו/או תכשיטים
										יכולת שליטה ירודה על חום גוף
										לא אוהב ביגוד על הידיים והרגליים
										בעל סף כאב נמוך לגירויים חיצוניים
										לא אוהב מגע ונגיעות
סה"כ _____										

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





## רשימת תיוג תפקוד אולפקטורי (חוש ריח)

שתי רשימות תיוג אלו יעזרו לכן להעריך האם לילדכם יש חסכים בחוש הריח וחוש הטעם. רשימה אחת בודקת רגישות יתר, והשנייה תת-רגישות. קראו כל אחד מהתסמינים הבאים, וסמנו x או  $\sqrt$  בריבוע שמתאר בצורה הטובה ביותר את ילדכם. 1 משמעו "לא רלוונטי כלל", ו 10 משמעו "כמעט תמיד". סכמו את המספרים, ותעדו את הסכום. (הניקוד הנמוך ביותר האפשרי הוא 10, והגבוה ביותר הוא 100) סכמו כל רשימה בנפרד.

### < רשימת תיוג עבור רגישות יתר של חוש הריח והטעם

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										מראה רגישות מוגברת לטעם וריח
										משתנק מריחות של מאכלים מסוימים
										נמנע מללכת לשירותים תוך סיכון שירטיב את המכנסים, כיוון שהריח דוחה אותו
										מעדיף מאכלים תפלים
										נמנע מילדים עם בגדים מלוכלכים או מסריחים
										מתלונן על ריח פה של אחרים
										מתנהג לא יפה לאחר שהבית עובר ניקיון עם חומרי ניקוי ממיסים
										רגיש לעשן
										נמנע ממאכלים וממקומות עם ריחות חזקים של בישול
										מרחרח הכל
										סה"כ _____

### < רשימת תיוג עבור תת-רגישות לריח

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										לעולם לא מגיב על ריחות חזקים
										לעולם לא שם לב לריחות אפיה, כגון עוגיות מעמיס מזון בפה יתר על המידה
										נמנע ממאכלים בשל המראה שלהם
										לעולם לא מרחרח
										שונה לאכול, אפילו מתוקים
										לועס חפצים כגון עטים
										לא שם לב לריחות חזקים, כגון משהו שנשרף
										אוכל ללא הבחנה; יושיט ידו לכל דבר, אפילו מוצרים רעילים הנמצאים בבית
										אכלן בררן ביותר
										סה"כ _____

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו





אנא תארו את ילד/תכם ואת האתגרים הגדולים ביותר שלכם/ה:

---

---

---

---

---

---

---

אנא ציינו כל מידע נוסף שאתם מרגישים שעל ד"ר הירש לדעת

---

---

---

---

---

---

---

---

מתורגם ברשות מתוך טופס היסטוריה מפורטת לילד של ד"ר רוברט מלילו



**החיים באיזון  
ואיזון בחיים**

054-444-2448   
  חפשו אותי גם ב-

lifeinbalance.co.il   
drhirsh@lifeinbalance.co.il 

**ד"ר עומר הירש DC**  
כירופרקט, נירולוג תפקודי