|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | כן | לעיתים קרובות | לעיתים רחוקות | לא | הערות  |
| 1 | האם הילד/ה נוחר/ת ? |  |  |  |  |  |
| 2 | האם הילד/ה ישן עם פה פתוח ?  |  |  |  |  |  |
| 3 | האם לילד/ה נזלת קבועה ?  |  |  |  |  |  |
| 4 | האם לילד/ה הפרעות במהלך השינה ?  |  |  |  |  |  |
| 5 | האם לדעתכם לילד/ה הפסקות נשימה ?  |  |  |  |  |  |
| 6 | האם לדעתכם לילד/ה בעיות שמיעה ?  |  |  |  |  |  |
| 7 | האם הילד/ה סובל/ת מדלקות אוזניים חוזרות ?  |  |  |  |  |  |
| 8 | האם הילד /ה סובל/ת מדלקות שקדים עם חיידק ?  |  |  |  |  |  |
| 9 | האם לדעתכם הילד/ה מראה סימנים אלרגיים ?  |  |  |  |  |  |
| 10 | האם הילד/ה מתעטש/ת ? |  |  |  |  |  |
| 11 | האם הילד/ה סובל/ת מאסטמה עורית ?  |  |  |  |  |  |
| 12 | האם הילד/ה נבדק/ה עיי רופא ילדים התפתחותי ?  |  |  |  |  |  |
| 13 | האם לילד/ה עיכוב התפתחות שפה ?  |  |  |  |  |  |
| 14 | האם הילד/ה מקבל/ת טיפול של קלינאית תקשורת ?  |  |  |  |  |  |
| 14 | האם לילד/ה הפרעות בהיגוי ? |  |  |  |  |  |
| 15 | האם הילד/ה מרייר/ת?  |  |  |  |  |  |
| 16 | האם הילד/ה גמול/ה מהשתנת לילה ? |  |  |  |  |  |
| 17 | האם הילד/ מקבל/ת טיפול תרופתי ?  |  |  |  |  |  |
|  |  | כן | לא |  |
| 18 | האם הילד/ה סובל/ת מהיפוטוניה ?  |  |  |  |
| 19 | האם בוצעה בדיקת שמיעה ? |  |  |  |
| 20 | האם בוצע צילום אדנואידים ? |  |  |  |
| 21 | האם בוצעה מעבדת שינה ? |  |  |  |