

# 新北市學前兒童發展檢核表

1歲(11個月16天~1歲2個月15天)



檢查單位：\_\_\_\_\_ 單位電話：\_\_\_\_\_

填表人姓名：\_\_\_\_\_ 身分：☐醫療人員 ☐老師 ☐社政人員 ☐家長 ☐其他\_\_\_\_\_

原始國籍：父：☐本國籍 ☐大陸 ☐泰國 ☐印尼 ☐越南 ☐柬埔寨 ☐緬甸 ☐其他：請註明：\_\_\_\_\_

母：☐本國籍 ☐大陸 ☐泰國 ☐印尼 ☐越南 ☐柬埔寨 ☐緬甸 ☐其他：請註明：\_\_\_\_\_

## 兒童基本資料

兒童姓名：\_\_\_\_\_ 性別：☐男 ☐女 檢核日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身分證字號：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (早產) 預產日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

實足年齡：\_\_\_\_歲\_\_\_\_個月\_\_\_\_天 (請務必填寫)

戶籍住址：\_\_\_\_縣(市)\_\_\_\_區鄉鎮市\_\_\_\_里\_\_\_\_鄰\_\_\_\_路(街)\_\_\_\_段\_\_\_\_巷\_\_\_\_弄\_\_\_\_號\_\_\_\_樓

聯絡住址：\_\_\_\_\_ 電話：(日)\_\_\_\_(夜)\_\_\_\_\_

## 發展遲緩高危險因子

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 早產(懷孕期末滿36週) <input type="checkbox"/> 出生體重未滿2500公克 <input type="checkbox"/> 以上皆無                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2. 先天性異常<br><input type="checkbox"/> 染色體異常(如唐氏症、特納氏症等) <input type="checkbox"/> 頭顱顏面異常(如唇顎裂、外耳異常等) <input type="checkbox"/> 先天性新陳代謝異常(如苯酮尿症、甲狀腺功能低下等)<br><input type="checkbox"/> 水腦脊柱裂 <input type="checkbox"/> 頭骨提早密合 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 手足缺損畸形 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無                                             |
| 3. 產前、產程或產後問題：<br><input type="checkbox"/> 孕期前3個月感染德國麻疹 <input type="checkbox"/> 母親妊娠期有不正常出血安胎、糖尿病、妊娠毒血、梅毒、酗酒、抽煙 <input type="checkbox"/> 產程有胎心音下降、吸入胎便、呼吸窘迫、窒息缺氧須急救、住保溫箱_____天 <input type="checkbox"/> Apgar分數過低：5分鐘後〈7(或小於等於6)；請參考母子手冊的出生紀錄 <input type="checkbox"/> 出生後有痙攣、無呼吸、反覆嘔吐、低體溫或哺乳不良等 <input type="checkbox"/> 重度黃疸需換血者 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無 |
| 4. 腦部疾病或受傷：<br><input type="checkbox"/> 水腦 <input type="checkbox"/> 出血或缺氧 <input type="checkbox"/> 腦部感染 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 腦瘤 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無                                                                                                                                                                     |
| 5. 家族史或環境因素：<br><input type="checkbox"/> 近視有視聽障礙、智能不足、精神疾病 <input type="checkbox"/> 社經不利狀況 <input type="checkbox"/> 孤兒或受虐兒 <input type="checkbox"/> 以上皆無                                                                                                                                                                                                                                           |

## 發展里程碑檢表

| 兒童符合該項目描述的現象圈選「是」，若不符合或沒有該項目描述的現象圈選「否」。                                                                       |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| ★ 1. (仰)能由躺的姿勢(俯臥或仰躺均可)自己坐起來                                                                                  | 是 | 否 |
| 2. (站)能自己拉著東西站起來，然後扶著家具側走兩三步                                                                                  | 是 | 否 |
| ★ 3. 只會把玩具放入嘴巴或丟到地上，沒有其他玩法如搖、捏、敲、拉、等                                                                          | 是 | 否 |
| 4. 完全不會自己發聲；或只有嗯嗯啊啊的喉音；或能發出的組合音種類(如ㄅ、ㄆ、ㄇ、ㄎ、ㄌ、ㄎ等)少於三種                                                          | 是 | 否 |
| 5. 能聽懂簡單的日常生活指令(如過來、給我、再見等。是真的聽得懂語言，而不是根據大人的手勢、表情作反應)                                                         | 是 | 否 |
| 6. 會在大人提示下(語言加上手勢)模仿做一些手勢如拍拍手、再見、拜拜等                                                                          | 是 | 否 |
| 7. 與大人有遊戲的默契(如大人唸閩南語雞仔呷水、釘子丁哥、炒蘿蔔切等兒歌時能做出學習過的、固定的、簡單的配合手勢—例如去拍大人的手或伸出手指頭等。若之前無此經驗也可立即學習簡單互動遊戲如「give me five」) | 是 | 否 |
| ★ 8. 可以和人維持目光對視，大人說話、笑、玩躲貓貓、拿出玩具就可以把他逗笑                                                                       | 是 | 否 |
| ★ 9. 通常自願自玩，大人反覆叫喚名字(或小名)多次仍然不理會，沒有任何抬頭、轉頭看、或回到大人身邊的反應                                                        | 是 | 否 |
| ★ 10. 通常無法安靜讓大人抱著坐在大腿上，一直動來動去抱不住，手四處抓東西停不下來                                                                   | 是 | 否 |
| ★ 11. 持續出現不尋常的重複動作，如注視手、玩手、原地轉圈等行為                                                                            | 是 | 否 |

有任何2題答案是圈選在網底欄內，或有上列表內題號前有★之任何1題答案是圈選在網底欄內，或填寫人認為兒童有其他不尋常的功能或行為表現，請協助轉介至合約醫療院所做進一步檢查。請填寫是否領有身心障礙手冊：

☐是(身心障礙類別\_\_\_\_\_等級\_\_\_\_\_) ☐否 ☐申請中

若沒有2題以上答案圈選在網底欄內，且無任何1題有★的答案是圈選在網底欄內的，表示通過此階段的檢測。

日後仍請隨著小孩的發展，以不同年齡層使用的檢核表持續追蹤發展情形。

(請沿虛線撕取)

## 兒童篩檢回條

兒童姓名：\_\_\_\_\_ 檢查單位：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

親愛的家長：您的寶寶健康檢核結果如下：

☐目前發展情形符合年齡發展狀況，請記得帶著您的寶寶按時作預防注射與健康檢查。

☐您的寶寶在\_\_\_\_個月/歲的檢查之第\_\_\_\_題，尚需再觀察。

☐您的寶寶在\_\_\_\_個月/歲的檢查之第\_\_\_\_題需再確認，請您帶寶寶至早療評估醫院做進一步檢查，若需後續療育或相關福利協助，醫師將為您的寶寶向「新北市政府兒童健康發展中心」進行通報與轉介，以提供您相關服務資訊。