

新北市學前兒童發展檢核表



4個月(3個月16天~5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：中華民國(台灣) 中華人民共和國(大陸) 泰國 印尼 越南 柬埔寨 緬甸 其他：請註明：_____

母：中華民國(台灣) 中華人民共和國(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 <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) <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： <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： <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： <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」。註記(滿5個月90%通過) 題項若4個月未通過需滿5個月時再測。

1. (仰)躺時雙手手掌均能自然地張開，不再一直緊握	是	否
2. (仰)躺時雙手會在胸前互相靠近(不一定要碰到)	是	否
★ 3. (仰)仰頭不尋常地一直歪一邊，無法回正或自由轉動	是	否
★ 4. (仰)仰躺靜止不動時，身體的姿勢經常歪向固定一側，無法維持在中線上	是	否
5. (仰)換尿布時感覺雙腿有明顯不尋常的阻力，不容易打開、彎曲	是	否
★ 6. (仰)使用左右手或左右腳的次數和力量明顯地不平均	是	否
7. (仰)仰臥拉起時頭無法跟著身體抬起來，一直向後仰(滿5個月90%通過)	是	否
8. (仰)即使跟他玩，也很少發出聲音	是	否
★ 9. (仰)眼睛可以從左到右、從上到下來回追視沒有聲音的移動物體(可使用玩具發出聲音或碰觸臉吸引兒童注視，再移到眼前20公分左右不出聲地移動，觀察兒童反應)	是	否
10. (趴)趴著時能以雙肘支撐，將頭抬起和地面垂直，且能維持數秒鐘後頭慢慢放下(如果頭掙扎抬起、重重掉下則不通過)	是	否
11. (直)抱在肩上直立時，頭部和上半身能撐直至少10秒鐘，不會搖來晃去	是	否
★ 12. 面對面時能持續注視人臉，表現出對人的興趣	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：

目前發展情形符合同年齡發展狀況，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。