

花蓮縣學前兒童發展檢核表

4 個月 (3 個月 16 天~5 個月 15 天)

0.4

檢查單位：_____ 單位電話：_____

填表人姓名：_____ 身份：醫療人員 老師 社政人員 家長 其他_____

身份別：父：一般 原住民_____族 大陸 泰國 印尼 越南 柬埔寨 緬甸 其他，請註明：_____

母：一般 原住民_____族 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

身份證字號：

檢核日期：____年____月____日

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)

戶籍地址：_____

聯絡地址：_____

電話：(日)_____ (夜)_____

發展遲緩高危險因子

1. <input type="checkbox"/> 早產 (懷孕期末滿 37 週) <input type="checkbox"/> 出生體重未滿 2500 克 <input type="checkbox"/> 以上皆無
2. 先天性異常： ① <input type="checkbox"/> 染色體異常 (如唐氏症、特納氏症等) ② <input type="checkbox"/> 頭顱顏面異常 (如唇顎裂、外耳異常等) ③ <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) ④ <input type="checkbox"/> 水腦脊柱裂 ⑤ <input type="checkbox"/> 頭骨提早密合 ⑥ <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 ⑦ <input type="checkbox"/> 手足缺損畸形 ⑧ <input type="checkbox"/> 其他_____ ⑨ <input type="checkbox"/> 以上皆無
3. 產前、產程或產後問題： ① <input type="checkbox"/> 孕期前 3 個月感染德國麻疹 ② <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 ③ <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 ④ <input type="checkbox"/> Apgar 分數過低：5 分鐘後 < 7 (或小於等於 6)；請參考兒童健康手冊的出生紀錄 ⑤ <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 ⑥ <input type="checkbox"/> 重度黃疸需換血者 ⑦ <input type="checkbox"/> 其他_____ ⑧ <input type="checkbox"/> 以上皆無
4. 腦部疾病或受傷： ① <input type="checkbox"/> 水腦 ② <input type="checkbox"/> 出血或缺氧 ③ <input type="checkbox"/> 腦部感染 ④ <input type="checkbox"/> 癲癇 ⑤ <input type="checkbox"/> 腦瘤 ⑥ <input type="checkbox"/> 其他_____ ⑦ <input type="checkbox"/> 以上皆無
5. 家族史或環境因素： ① <input type="checkbox"/> 近親有視聽障礙、智能不足、精神疾病 ② <input type="checkbox"/> 社經不利狀況 ③ <input type="checkbox"/> 孤兒或受虐兒 ④ <input type="checkbox"/> 以上皆無

發展里程碑檢核

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。

項目	是	否
1. (仰)仰躺時雙手手掌均能自然地張開，不再一直緊握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. (仰)仰躺時雙手會在胸前互相靠近 (不一定要碰到)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★3. (仰)頭不尋常地一直歪一邊，無法回正或自由轉動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★6. (仰)使用左右手或左右腳的次數和力量明顯地不平均	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. (仰)即使跟他玩，也很少發出聲音	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★12. 面對面時能持續注視人臉，表現出對人的興趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

有任何 2 題以上答案是圈選在網底欄內，或上列表內題號前有★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，請至早療評估醫院作進一步檢查。

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 題以上答題圈選在網底欄內，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。

資料來源：台北市政府衛生局 修訂第二版

(請沿虛線撕取)

兒童發展篩檢回條

兒童姓名：_____

檢查單位：_____ 日期：_____

親愛的家長：您的寶寶健康篩檢結果如下：

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作進一步檢查。

*如果您有相關問題，請洽「花蓮縣兒童發展早期療育通報轉介暨個案管理中心」，以提供您相關服務資訊。

中心地址：花蓮縣吉安鄉中正路二段 107 巷 36 號·電話：03-8523355#23·傳真：03-8522185