

花蓮縣學前兒童發展檢核表



6個月(5個月16天~8個月15天)

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

檢核日期：____年____月____日

身份證字號：

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： <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)；請參考兒童健康手冊的出生紀錄 <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"/> 近親有視聽障礙、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7個月90%通過)；題項若6個月未通過，需滿7個月時再測。

	是	否
1.(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		
★2.(仰)頭不尋常地一直歪一邊，無法回正或自由轉動		
3.(趴)趴著時能用手掌撐著，將上半身抬起離開地面，頭部可以上下左右自由活動(如果頭掙扎抬起、重重掉下、一直向後仰、無法自由轉動則不通過)		
4.(坐)能用雙手撐著地面自己坐5秒，且頭部穩定不下垂，眼睛看正前方(滿7個月90%通過)		
5.(站)大人稍微用手在腋下扶著就能站得很挺(臀部不後翹)，腿還可以偶爾自由地挪動，如蹬腳、原地踏步、抬一腳等(滿7個月90%通過)		
6.能單手伸出碰到眼前15公分的玩具(左右手均能做到才算通過)		
7.能抓緊放在手裡的玩具並稍微搖動(必須如圖示：大拇指能離開手掌面，與其他手指一起參與抓握的動作，且左右手均能做到)		
★8.兩隻手可以同時各自握緊一樣東西至少3秒鐘(如玩具、積木、食物等)		
9.會把玩具或東西，由一手平順地換到另一手(用扯的不算通過)(滿7個月90%通過)		
★10.會轉頭尋找左後方和右後方約20公分處的手搖鈴聲(必須左右邊均能做到)		
11.即使跟他玩，也很少發出聲音		
12.和照顧大人相處時可以維持目光對視，大人說話、笑、玩具就可以把他逗笑		

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