

臺南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 父 母：臺灣 大陸 泰國 印尼 越南 柬埔寨 緬甸 其他：請註明：_____

國籍 父 母：臺灣 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 媽媽姓名：_____

身分證字號：

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：臺南市_____

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37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、抽菸 <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. 家庭史或環境因素： <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

(請沿虛線撕取)

兒童篩檢回條

檢查單位：_____ 日期：_____

兒童姓名：_____

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做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「兒童發展聯合評估中心」做進一步檢查，若需後續療育或相關福利協助，可尋求轄區之「臺南市兒童早期發展服務管理中心」。

*如果您有相關問題，請參見回條背面諮詢電話，以提供您相關服務資訊。



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。

1. (仰) 仰躺時雙手手掌均能自然地張開，不再一直緊握	是	否
2. (仰) 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，請至本表下列之單位做進一步檢查或諮詢。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題以上答案是圈選在網底欄內，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。

如果您有相關問題，請洽：

1. 「臺南市兒童早期發展服務管理中心」諮詢專線：

第1中心(學甲)電話：783-5670；第2中心(東區)電話：209-6748；第3中心(玉井)電話：574-6623

2. 「兒童發展聯合評估中心」諮詢專線：

成大醫院聯評中心：235-3535分機4619 奇美醫院聯評中心：281-2811分機55005

安南醫院聯評中心：355-3111分機1236

3. 臺南市政府衛生局諮詢專線：635-7716分機243

4. 臺南市37區衛生所電話：

衛生所	電話	衛生所	電話	衛生所	電話	衛生所	電話	衛生所	電話
新營區	6355696	柳營區	6220464	七股區	7872277	南化區	5771139	中西區	2252403
鹽水區	6521041	後壁區	6872624	將軍區	7942007	左鎮區	5731114	北區	2252404
白河區	6852014	東山區	6802618	北門區	7862043	仁德區	2704153	南區	2618578
麻豆區	5722215	下營區	6892149	新市區	5992504	歸仁區	2304030	安南區	2567406
佳里區	7224106	六甲區	6982013	安定區	5922022	關廟區	5952395	安平區	2996885
新化區	5906025	官田區	5791493	山上區	5781013	龍崎區	5941397		
善化區	5837035	大內區	5761044	楠西區	5751006	永康區	2326507		
學甲區	7833359	西港區	7952338	玉井區	5742275	東區	2674085		