

學前兒童發展檢核表(乙表)

1歲3月至2歲半

填表人姓名：_____ 服務單位：_____ 電話：_____

填表人身份：醫療人員 老師 社政人員 家長 其他_____

兒童基本資料

兒童姓名		性別	① <input type="checkbox"/> 男 ② <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
計算實際年齡：(請用檢核日期－出生日期)					
	檢核日期	年	月	日	早產兒出生日期請改填
—	出生日期	年	月	日	預產日期：____年____月____日
=	實足年齡	歲	個月	天	再選擇後面兒童適用之表格檢核
戶籍地址	縣市	鄉市鎮區	里村	街鄰	路段巷弄號樓
聯絡住址	<input type="checkbox"/> 同上 另列於下：				
聯絡人		與幼兒關係		聯絡電話	(日)： (夜)：

國籍

母親：本國 泰國 印尼 越南 柬埔寨 大陸 緬甸 其他____ 出生日期：__年__月__日

父親：本國 泰國 印尼 越南 柬埔寨 大陸 緬甸 其他____ 出生日期：__年__月__日

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"/> 孕期前三個月感染德國麻疹 <input type="checkbox"/> 母親妊娠期有： <input type="checkbox"/> 不正常出血 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠毒血 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 酗酒 <input type="checkbox"/> 抽煙 <input type="checkbox"/> 產程有： <input type="checkbox"/> 胎心音下降 <input type="checkbox"/> 吸入胎便 <input type="checkbox"/> 呼吸窘迫 <input type="checkbox"/> 窒息缺氧需急救 <input type="checkbox"/> 住保溫箱____天 <input type="checkbox"/> Apgar 分數過低：5分鐘後<5；請參考兒童健康手冊的出生記錄 <input type="checkbox"/> 出生後新生兒有： <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 無呼吸 <input type="checkbox"/> 反覆嘔吐 <input type="checkbox"/> 低體溫 <input type="checkbox"/> 哺乳不良 <input type="checkbox"/> 重度黃疸須換血者 <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"/> 近親有智能不足、精神疾病、視聽障礙 <input type="checkbox"/> 社經不利狀況 <input type="checkbox"/> 孤兒或受虐兒 <input type="checkbox"/> 父母有吸煙 <input type="checkbox"/> 父母有酒癮史 <input type="checkbox"/> 父母有藥癮史 <input type="checkbox"/> 兒童本身愛吃刺激物(如可樂、咖啡…等) <input type="checkbox"/> 以上情形皆無

發展里程檢核 (每位小朋友僅須根據實足年齡選擇一個適當的年齡層項目組檢核即可。)

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歲3月(1歲2個月16天~1歲5個月15天)		
檢核日期： 年 月 日，實足年齡： 歲 個月 天(請務必填寫)		
1.能不須扶東西自己站起來	是	否
2.可以放手自己走	是	否
3.可以拿筆隨意塗塗畫畫(大人可先示範讓小孩模仿)	是	否
4.可以用一手拿小零食—如葡萄乾、小饅頭等，放入小容器—如底片盒裡面(大人可協助固定容器)	是	否
5.會想辦法把丟進容器裡的小東西取出來	是	否
* 6.能表達自己的意思(用說、比手勢或眼神示意的方式—如點頭搖頭表示要不要，伸出手心向上表示「要」、用手指出需要的東西、要去的方向等)。只會拉大人的手或衣服，且從來不用「指」的手勢者不通過	是	否
7.能聽懂生活中常用的口頭指令(如：喝奶奶、拍拍手、睡覺了、媽媽抱抱等，必須在沒有手勢或表情的提示時也聽懂)	是	否
* 8.會在適當的情況下自己做出拍拍手、再見等手勢	是	否
* 9.和照顧大人相處時可以維持目光對視，大人說話、笑、拿出玩具就可以把他逗笑	是	否
10.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、ㄏ、ㄏㄏ、ㄏㄏㄏ、ㄏㄏㄏㄏ、ㄏㄏㄏㄏㄏ、ㄏㄏㄏㄏㄏㄏ)少於三種	是	否
* 11.通常自顧自玩，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
* 12.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

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歲半(1歲5個月16天~1歲11個月15天)		
檢核日期： 年 月 日，實足年齡： 歲 個月 天(請務必填寫)		
* 1.能不須扶東西自己由坐或躺的姿勢站起來	是	否
2.走得很穩(步態怪異如踮腳尖、左右不對稱、停不下來、無法轉彎、雙腳張開距離超過肩膀寬度、雙臂彎曲在身體兩側而非自然下垂或常常跌倒均不算通過)	是	否
* 3.在少許支撐下能蹲下或彎腰撿起地上的東西，然後恢復站的姿勢	是	否
4.可以拿筆隨意塗塗畫畫(大人可先示範讓小孩模仿)	是	否
5.可以用一手拿小零食—如葡萄乾、小饅頭等，放入小容器—如底片盒裡面	是	否
* 6.能表達自己的意思(用說、比手勢或眼神示意的方式—如點頭搖頭表示要不要，伸出手心向上表示「要」、用手指出需要的東西、要去的方向等)。只會拉大人的手或衣服，且從來不用「指」的手勢者不通過	是	否
* 7.能聽懂並且遵從日常生活中半數的口頭指令(如：給我XX、過來、拿給爸爸、把XX丟掉、坐下、媽媽抱抱等，必須在沒有手勢或表情的提示時也聽懂)	是	否
8.自己記得常用東西藏放的地點(如玩具放哪裡、鞋子擺哪裡)，可以隨時把需要的東西找出來	是	否
9.自己會去找照顧大人陪他一起玩，大人說話、笑、玩玩具就可以把他逗樂	是	否
10.高興時會和別人分享喜悅：例如轉頭面對大人微笑、或把喜歡或得意的東西展示給大人看	是	否
* 11.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、ㄏ、ㄏㄏ、ㄏㄏㄏ、ㄏㄏㄏㄏ、ㄏㄏㄏㄏㄏ)少於三種	是	否
* 12.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
* 13.通常自顧自玩，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

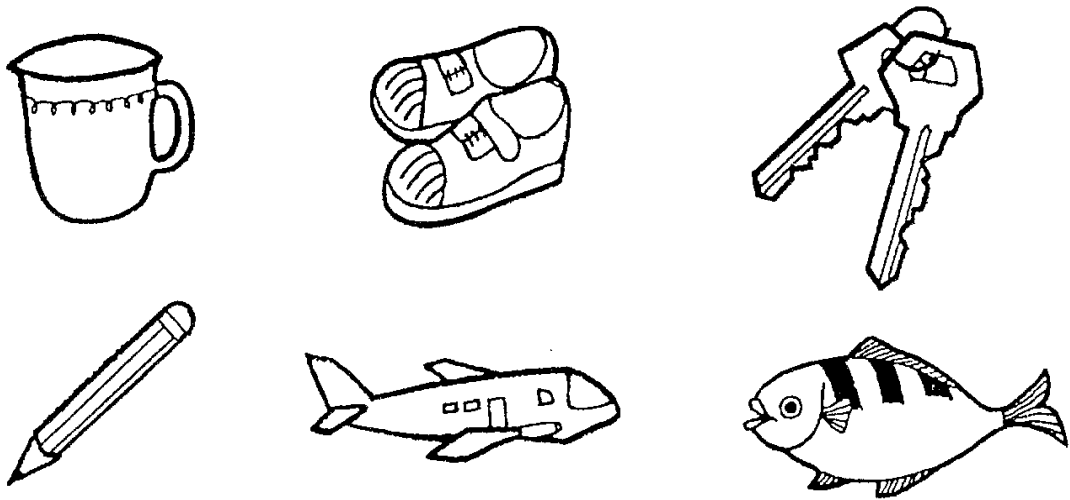
兒童符合該項目描述的現象圈選「是」，若不符合或沒有該項目描述的現象圈選「否」。
 註記（實作）的題項表示附有圖形，請實地測試，再記錄兒童反應。

2 歲 (1 歲 11 個月 16 天 ~ 2 歲 5 個月 15 天)		
檢核日期： 年 月 日，實足年齡： 歲 個月 天 (請務必填寫)		
* 1. 在少許支撐下能蹲下或彎腰撿起地上的東西，然後恢復站的姿勢	是	否
2. 能夠雙手拿大東西一如搬小塑膠椅或抱大玩具向前走一小段距離 (約十步左右) 不會跌倒	是	否
* 3. 至少有 10 個穩定使用的語詞 (娃娃語如「ㄇㄋㄇㄋ」為吃、汪汪為狗亦可)	是	否
* 4. (實作) 能正確指認至少一個圖形 (圖 1：大人依序問「哪一個是筆? 鞋子? 鑰匙? 魚? 飛機? 杯子?」全部問完再從頭問一輪，必須兩次均指對的圖形才算對，以避免兒童因亂指而猜對) 正確率： ___ / 6	是	否
5. 能正確指出至少四個身體部位 (大人依序問「頭、手、腳、眼、耳、鼻、嘴在哪裡?」) 正確率： ___ / 7	是	否
* 6. 模仿做家事或使用大多數的家用器具 (如掃地、用衛生紙擦東西、玩開關、玩鍋碗筷匙梳等)	是	否
* 7. 有主動探索學習的動機，例如：會自己去把玩具找出來玩、或自己拿故事書出來翻看	是	否
* 8. 高興時會和別人分享喜悅：例如轉頭面對大人微笑、或把喜歡或得意的東西展示給大人看	是	否
9. 無法模仿說單詞，因為(1)根本沒有仿說動機，或(2)發音困難以致難以聽懂	是	否
10. 通常自顧自玩，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
11. 檢核過程中非常不合作，出現下列任一行為如(1)不聽說明、不看示範 (2)眼睛不跟隨大人手指方向 (3)不肯指給大人看 (4)把大人的東西搶過去自己玩 (5)跑來跑去抓不住 (6)似乎聽不懂指令	是	否

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（實作）的題項表示附有圖形，請實地測試，再記錄兒童反應。

2 歲半 (2 歲 5 個月 16 天 ~ 2 歲 11 個月 15 天)		
檢核日期： 年 月 日，實足年齡： 歲 個月 天 (請務必填寫)		
* 1. 能不須扶東西輕易地蹲下或彎腰撿起地上的東西，然後恢復站的姿勢	是	否
* 2. 能扶欄杆或牆壁走上樓梯	是	否
3. 能雙腳離地跳躍 (雙腳必須能同時離地然後同時著地，若明顯的力量不對稱而造成兩腳高低不一，則不算通過)	是	否
* 4. 會旋開小瓶蓋 (大人先旋開一點點讓瓶蓋不會太緊)	是	否
* 5. 可以一頁一頁地翻閱硬卡書或布書	是	否
* 6. 可以說出來的語詞數量已經多到數不清，而且大多數不是單音，例如說「蘋果」而不是「果」	是	否
7. 大多數時候能使用兩個語詞組成的句子表達意思 (如：媽媽一抱抱、要一喝水等)	是	否
8. (實作) 能正確說出至少四個圖形名稱 (圖 1：大人依序指著筆、鞋子、鑰匙、魚、飛機、杯子的圖形，並問「這是什麼?」) 正確率： ___ / 6	是	否
* 9. 能正確指出至少六個身體部位 (大人依序問「頭、手、腳、眼、耳、鼻、嘴在哪裡?」)	是	否
10. 口齒不清，說話連最親近的大人也聽不懂	是	否
* 11. 通常自顧自玩，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
12. 檢核過程中非常不合作，出現下列任一行為如(1)不聽說明、不看示範 (2)眼睛不跟隨大人手指方向 (3)不肯指給大人看 (4)把大人的東西搶過去自己玩 (5)跑來跑去抓不住 (6)似乎聽不懂指令	是	否

圖 1



結果及處理指南：

- ★若通過發展里程檢核的所有題目，仍請隨著小孩的發展，按檢核表的年齡層持續追蹤檢核。
- ★如其他單題落於網底欄，最好於下個年齡層持續追蹤檢核，若持續仍未通過則需進一步測試。
- ★在檢核表中，有任何二題答案是圈選在網底欄內，或表內題號前有*之任何一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，請至本市兒童發展聯合評估中心做進一步檢查，只要掛號一次，各專業人員協助確認是否為發展遲緩及了解原因，進而幫助您的兒童，若有困難或疑問，亦可詢問「高雄市早期療育綜合服務中心」。
- ★並填寫是否領有身心障礙手冊或證明 是(身心障礙類別 等級) 否 申請中

醫 院 名 稱	地 址	電 話
高雄醫學大學附設中和紀念醫院兒童發展聯合評估中心	高雄市三民區十全一路 100 號	07-3154663 07-3121101-6468
高雄榮民總醫院兒童發展評估中心	高雄市左營區大中一路 386 號	07-3468338 07-3422121-5017
高雄市立小港醫院(委託高雄醫學大學)兒童發展聯合評估門診	高雄市小港區山明路 482 號	07-8036783-3252
高雄長庚醫院發展遲緩兒童聯合評估中心	高雄烏松區大埤路 123 號	07-7317123-8167
義大醫院兒童發展聯合評估中心	高雄市燕巢區義大路 1 號	07-6150950
衛生福利部旗山醫院	高雄市旗山區中學路 60 號	07-6613811-1006
相關諮詢單位：若對發展遲緩有任何疑問亦可洽詢下列單位		
高雄市早期療育綜合服務中心	高雄市三民區九如一路 775 號	07-3985011 07-3985012
鳳山區兒童早期療育發展中心	高雄市鳳山區體育路 65 號	07-7422971
旗山區兒童早期療育發展中心	高雄市旗山區文中路 7 號	07-6618106
高雄市身心障礙福利服務中心(岡山區)	高雄市岡山區公園東路 131 號	07-6626733
高雄市政府衛生局	高雄市苓雅區凱旋二路 132-1 號	07-7134000-5309
本市各區衛生所		