

# 學前兒童發展檢核表(甲表)

4個月至1歲2月

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	里	街	
	市	鎮區	村	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)：

## 原始國籍

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. ① <input type="checkbox"/> 早產(懷孕期末滿36週) ② <input type="checkbox"/> 出生體重未滿2500公克 ③ <input type="checkbox"/> 以上皆無
2. 先天異常： 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"/> 孕期前三個月感染德國麻疹 ② <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 ③ <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 ④ <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 ⑤ <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 ⑥ <input type="checkbox"/> 重度黃疸須換血者 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"/> 近親有智能不足、精神疾病、視聽障礙 ② <input type="checkbox"/> 社經不利狀況 ③ <input type="checkbox"/> 孤兒或受虐兒 ④ <input type="checkbox"/> 父母有吸煙 ⑤ <input type="checkbox"/> 父母有酒癮史 ⑥ <input type="checkbox"/> 父母有藥癮史 ⑦ <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」。  
 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。

4個月(3個月16天~5個月15天)		
檢核日期： 年 月 日，實足年齡： 個月 天(請務必填寫)		
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)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

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。

6個月(5個月16天~8個月15天)		
檢核日期： 年 月 日，實足年齡： 個月 天(請務必填寫)		
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	是	否
*2. (仰)頭不尋常地一直歪一邊，無法回正或自由轉動	是	否
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)	是	否
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)	是	否
5. (站)大人稍微用手在腋下扶著就能站得很挺(臀部不後翹)，腳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)	是	否
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)	是	否
7.能抓緊放在手裡的玩具並稍微搖動(必須如圖示：大拇指能開離手掌面，與其他手指一起參與抓握的動作，且左右手均能做到)	是	否
*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)	是	否
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)	是	否
*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)	是	否
11.即使跟他玩，也很少發出聲音	是	否
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	是	否

**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」。

9個月（8個月16天~11個月15天）		
檢核日期： 年 月 日，實足年齡： 個月 天（請務必填寫）		
* 1.（趴）翻身（趴著變成仰躺和仰躺變成趴著均能做到才通過）	是	否
* 2.（坐）能自己坐穩數分鐘，不會搖晃或跌倒（仍須雙手撐地面、背部呈圓弓形無法挺直、或容易跌倒均不算通過）	是	否
3.（站）能手扶東西站立至少5秒鐘（扶桌面、平台、大人均可）	是	否
* 4.兩隻手可以同時各自握緊一樣東西（如玩具、積木、食物等）5秒鐘以上	是	否
5.會重複地做搖的動作讓玩具發出聲音	是	否
* 6.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）	是	否
* 7.會轉頭向下尋找掉落不見的玩具	是	否
8.可以和人維持目光對視，大人說話、笑、玩躲貓貓、拿出玩具就可以把他逗笑	是	否
9.可以分辨熟人和陌生人；如喜歡讓熟人抱，看到陌生人會害羞或害怕	是	否
* 10.即使跟他玩，也很少發出聲音	是	否
11.完全聽不懂話，例如叫喚名字（或小名）不會回頭、說「不可以」沒有反應等	是	否
12.通常無法安靜讓大人抱著坐在大腿上，一直動來動去抱不住，手四處抓東西停不下來	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（11個月16天~1歲2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.（仰）能由躺的姿勢（俯臥或仰躺均可）自己坐起來	是	否
2.（站）能自己拉著東西站起來，然後扶著家具側走兩三步	是	否
* 3.只會把玩具放入嘴巴或丟到地上， <u>沒有其他玩法</u> 如搖、捏、敲、拉等	是	否
4.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ㄅㄩ、ㄉㄨ、ㄍㄨ等） <u>少於三種</u>	是	否
5.能聽懂簡單的日常生活指令（如過來、給我、再見等。是真的聽得懂語言，而不是根據大人的手勢、表情作反應）	是	否
6.會在大人提示下（語言加上手勢）模仿做一些手勢如拍拍手、再見、拜拜等	是	否
7.與大人有遊戲的默契（如大人唸閩南語雞仔呷水、釘子丁哥、炒蘿蔔切等兒歌時能做出學習過的、固定的、簡單的配合手勢—例如去拍大人的手或伸出手指頭等。若之前無此經驗也可立即學習簡單互動遊戲如「give me five」)	是	否
* 8.可以和人維持目光對視，大人說話、笑、玩躲貓貓、拿出玩具就可以把他逗笑	是	否
* 9.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
* 10.通常無法安靜讓大人抱著坐在大腿上，一直動來動去抱不住，手四處抓東西停不下來	是	否
* 11.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

**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		

103.03 修訂