

學前兒童發展檢核表 (5歲)

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 | | |
| 戶籍地址 | 縣市 | 鄉市鎮區 | 里村 街路 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) ⑧ <input type="checkbox"/> 以上情形皆無 |

發展里程檢核

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(實作)的題項表示附有圖形，請實地測試，再記錄兒童反應。

| 5歲(4歲11個月16天~5歲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. 能不須扶東西輕易地蹲下玩玩具然後恢復站的姿勢 | 是 | 否 |
| 2. 能跑(姿勢怪異或常跌倒均不算通過) | 是 | 否 |
| 3. 能雙腳離地連續跳躍(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. 能不須扶牆壁或欄杆走下樓梯，一腳一階 | 是 | 否 |
| 5. (實作)看圖樣仿畫+□△◇中三個圖形(圖1：需線條不斷裂、無嚴重越線或間隙、角數目正確且轉彎無困難) | 是 | 否 |
| * 6. 能夠向別人述說發生在自己身上的事情(如轉告老師交待的事，描述學校發生的事件等) | 是 | 否 |
| 7. (實作)能說出四種顏色的名稱(圖2：用手依序指著紅、黃、藍、綠的圓圈並問「這是什麼顏色?」)。 | 是 | 否 |
| 8. (實作)有「七個」的數量概念(圖3：要求兒童「請你用筆一個一個圈小黑點，圈到7個就停下來，把筆還給我」。兒童如果圈6個或8個，鼓勵兒童再檢查一次，以第二次表現計分) | 是 | 否 |
| 9. (實作)能唸讀阿拉伯數字(圖4：用手依序指著5、8、7、4、6、3、9、2並問「這是什麼數字?」答對7個通過)紀錄正確個數：____/8 | 是 | 否 |
| * 10. 口齒不清，常要求再說一遍或由照顧大人傳譯才能聽懂 | 是 | 否 |
| * 11. 已能用句子表達，但說話明顯不流暢，十句話裡有兩句出現結巴現象，且持續半年以上 | 是 | 否 |
| * 12. 常常自言自語，或像錄音機一樣重覆說自己有興趣的事、不管別人的反應 | 是 | 否 |
| 13. 因為下列任一行為問題而在團體中顯得突出：如(1)上課無法維持在座椅上，走來走去或離開教室；(2)常常和同學或老師發生爭執對立衝突而被孤立、排斥；(3)通常自己一個人玩，不會主動交朋友；(4)完成工作、參與活動跟不上同學，常常需要別人特別協助等。 | 是 | 否 |

圖 1

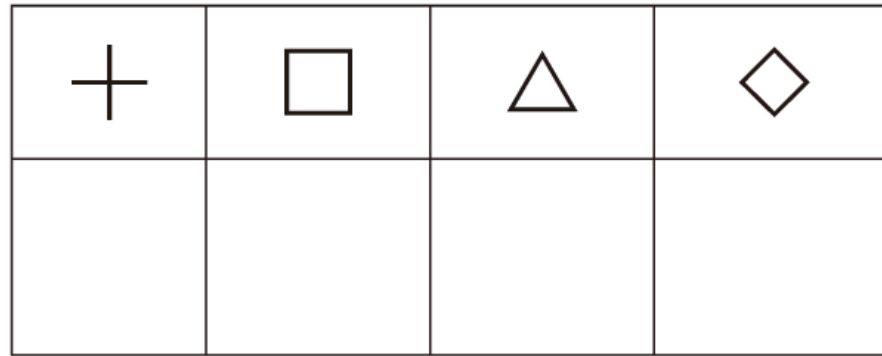


圖 2



圖 4



圖 3



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，可撥打本市早期療育諮詢服務專線 07-3985011。
- ★並填寫是否領有身心障礙證明 是（身心障礙類別 等級 ）否申請中

| 醫院名稱 | 地址 | 諮詢專線 |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------|
| 高雄醫學大學附設中和紀念醫院兒童發展聯合評估中心 | 高雄市三民區自由一路 100 號 | 07-3154663(專線) |
| 高雄榮民總醫院兒童發展聯合評估中心 | 高雄市左營區大中一路 386 號 | 07-3422121 轉 75017 |
| 高雄長庚紀念醫院兒童發展聯合評估中心 | 高雄市鳥松區大埤路 123 號 | 07-7317123 轉 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 | 07-6150011 轉 5751 |
| 高雄市立小港醫院兒童發展聯合評估中心 | 高雄市小港區山明路 482 號 | 07-8036783 轉 3250、3252 |
| 高雄市立大同醫院兒童發展聯合評估中心 | 高雄市前金區中華三路 68 號 | 07-2911101 轉 8404 |
| 高雄市立聯合醫院兒童發展聯合評估中心 | 高雄市鼓山區中華一路 976 號 | 07-5552565 轉 2726 |
| 聖功醫院兒童發展聯合評估中心 | 高雄市建國一路 352 號 | 0965-163-849 |
| 衛生福利部旗山醫院兒童發展聯合評估中心 | 高雄市旗山區中學路 60 號 | 07-6613811 轉 1019 |
| 國軍高雄總醫院岡山分院兒童發展聯合評估中心 | 高雄市岡山區大義二路 1 號 | 07-6250919 轉 1834、1835 |
| 岡山衛生所兒童發展聯合評估據點 (委託高雄市立大同醫院辦理) | 高雄市岡山區公園路 50 號 | 07-6212015 |
| 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 | | |
| 三民兒童早期療育發展中心 | 高雄市三民區九如一路 775 號 | 07-3985011 |
| 鳳山區兒童早期療育發展中心 | 高雄市鳳山區新富路 630 號 | 07-7630369 |
| 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 |
| 岡山身心障礙福利服務中心 | 高雄市岡山區公園東路 131 號 | 07-6226730 |
| 鹽埕兒童發展社區服務據點 | 高雄市鹽埕區大仁路 179 號 4 樓 | 07-5335011 |
| 旗津兒童發展社區服務據點 | 高雄市旗津區中洲三路 623 號 | 07-5710885 |
| 小港兒童發展社區服務據點 | 高雄市小港區博學路 369 號 5 樓 | 07-8010463 |
| 阿蓮兒童發展社區服務據點 | 高雄市阿蓮區成功街 66 號 3 樓 | 07-6311231 |
| 仁武兒童發展社區服務據點 | 高雄市仁武區水管路三段 776 號 | 07-3756093 |
| 林園兒童發展社區服務據點 | 高雄市林園區中芸路 3 之 100 號 | 07-6433361 |
| 甲仙兒童發展社區服務據點 | 高雄市甲仙區中正路 138-2 號 | 07-6751785 |
| 六龜兒童發展社區服務據點 | 高雄市六龜區光復路 102 號 | 07-6894164 |
| 三民兒童發展社區服務據點 | 高雄市三民區晉元街 68 號 1 樓 | 07-3928043 |
| 鳳山兒童發展社區服務據點 | 高雄市鳳山區光復路二段 120 號 | 07-7198578 |
| 美濃兒童發展社區服務據點 | 高雄市美濃區泰安路 11 號 | 07-6810025 |
| 燕巢兒童發展社區服務據點 | 高雄市燕巢區新生南路 111-2 號 | 07-6163313 |
| 楠梓兒童發展中心 | 高雄市楠梓區德賢路 220 巷 19 號 | 07-3684493 |
| 無障礙之家兒童發展中心 | 高雄市前鎮區翠亨北路 392 號 2 樓 | 07-8151500 轉 216 |