

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)

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。)

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 07-3422121-5309
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
行政院衛生署旗山醫院	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(澄清辦公室)	高雄市烏松區澄清路834-1號	07-7334872-103
本市各區衛生所		

101.10. 修

訂

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. 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： 2 <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

*13.通常自願自玩，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。

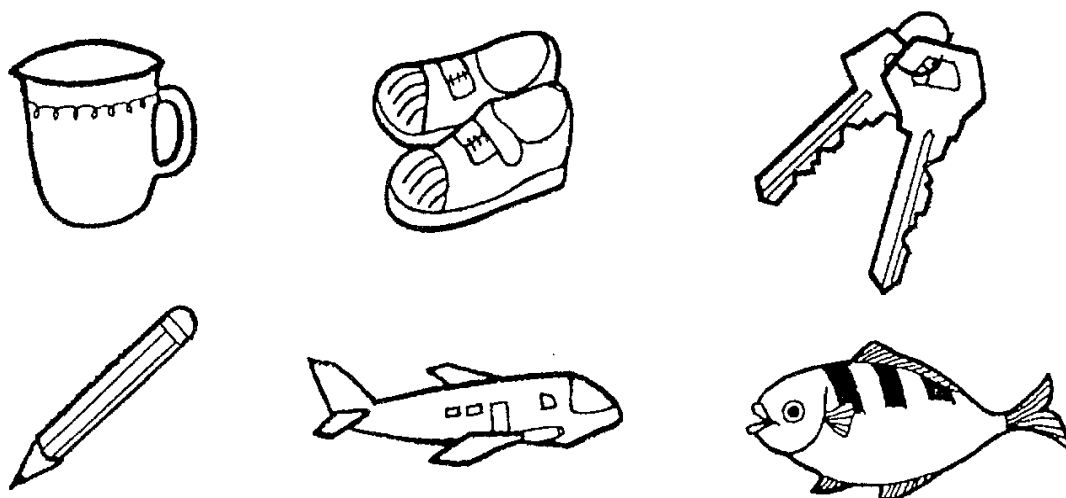
2歲（1歲11個月16天~2歲5個月15天）		
檢核日期： 年 月 日，實足年齡： 歲 個月 天（請務必填寫）		
*1.在少許支撐下能蹲下或彎腰撿起地上的東西，然後恢復站的姿勢	是	否
2.能夠雙手拿大東西—如搬小塑膠椅或抱大玩具向前走一小段距離（約十步左右）不會跌倒	是	否
*3.至少有10個穩定使用的語詞（娃娃語如「ㄇㄟㄇㄟ」為吃、汪汪為狗亦可）	是	否
*4.（實作）能正確指認至少一個圖形（圖1：大人依序問「哪一個是筆？鞋子？鑰匙？魚？飛機？杯子？」全部問完再從頭問一輪，必須兩次均指對的圖形才算對，以避免兒童因亂指而猜對）正確率：	是	否
5.能正確指出至少四個身體部位（大人依序問「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.通常自願自玩，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	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—抱抱、要—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.通常自願自玩，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

<p>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</p>	<p>是</p>	<p>否</p>
--	----------	----------

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 07-3422121-5309
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	高雄鳥松區大埤路 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
行政院衛生署旗山醫院	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（澄清辦公室）	高雄市鳥松區澄清路 834-1	07-7334872-103

	號	
本市各區衛生所		

101.10. 修

訂

學前兒童發展檢核表(丙表)

3歲至4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	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. 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水腦 ②出血或缺氧 ③腦部感染 ④癲癇 ⑤腦瘤 ⑥其他_____ ⑦以上皆無

5. 家族史或環境因素：
 3 ①近親有智能不足、精神疾病、視聽障礙 ②社經不利狀況 ③孤兒或受虐兒 ④父母有吸煙
 ⑤父母有酒癮史 ⑥父母有藥癮史 ⑦兒童本身愛吃刺激物（如可樂、咖啡…等）
 以上情形皆無

發展里程碑檢核（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（實作）的題項表示附有圖形，請實地測試，再記錄兒童反應。

3歲（2歲11個月16天~3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. 能不須扶東西輕易地蹲下玩玩具然後恢復站的姿勢	是	否
2. 稍微扶欄杆或牆壁就能走上樓梯	是	否
3. 能跑（姿勢怪異或常跌倒均不算通過）	是	否
4. 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
5. （實作）可以模仿畫一條平穩的垂直線（圖1：大人先作示範，在蜜蜂和花盆間畫一直線，然後讓兒童模仿畫；線條兩端連接蜜蜂和花盆，大體為不斷裂直線就算通過）	是	否
*6. 通常可以和人一問一答持續對話，使用2至3個單詞的短句，且回答內容切題	是	否
7. 能主動用至少一種句子問問題（例如：……是什麼？為什麼……？誰？……在哪裡？）	是	否
*8. （實作）能正確說出至少四個圖形名稱（圖2：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？」）	是	否
9. （實作）能聽懂至少二個圖形的描述句（圖2：大人依序問「哪一個是用來開門的？在水裡游的？用來寫字的？穿在腳上的？用來喝水的？在天空飛的？」）	是	否
10. （實作）可以配對一樣的圖形（圖2：大人分別指左側的鑰匙和右側的筆問「哪一個圖和這個一樣？」兩項均指對才通過）	是	否
11. 口齒不清，說話連最親近的大人也聽不懂	是	否
12. 通常無法正確使用代名詞「你」、「我」，例如：(1)「你」、「我」顛倒，或(2)都用名字（或小名）代表自己而不說「我」	是	否
13. 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	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。

3歲半（3歲5個月16天~3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玩玩具然後恢復站的姿勢	是	否
2. 稍微扶欄杆或牆壁就能走上樓梯	是	否
3. 能跑（姿勢怪異或常跌倒均不算通過）	是	否
4. 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
5. （實作）模仿畫一條平穩的橫線（圖3：大人先做示範，在蜜蜂和花盆間畫一橫線，然後讓兒童模仿畫；線條兩端連接蜜蜂和花盆，大體為不斷裂橫線就算通過）	是	否
*6. 通常可以和人一問一答持續對話，使用3至4個單詞的短句，且回答內容切題	是	否
7. 能主動用至少一種句子問問題（例如：為什麼……？……在哪裡？）	是	否
8. （實作）能說出至少三種東西的用途（圖2：大人用手依序指著杯子、鞋子、鑰匙、鉛筆的圖形並問「這個是做什麼用的？」如果兒童第一題答不出，可以給提示「杯子是用來喝水的」。之後就	是	否
9. （實作）能理解「大」（圖4：問「哪個比較大？」必須詢問兩次均正確才通過。評估表必須轉到不同的方向詢問，避免兒童隨便選一個固定位置的答案而猜對）	是	否

10. (實作) 能正確指認一個顏色 (圖 5: 依序問「哪一個是紅色? 黃色? 藍色? 綠色?」亦可替換為「哪一個是蘋果的紅色? 香蕉的黃色? 天空的藍色? 樹葉的綠色?」全部問完再從頭問一輪, 必須兩次均指對的顏色才算對, 以避免兒童因亂指而猜對)	是	否
*11. 口齒不清, 說話連最親近的大人也聽不懂	是	否
*12. 經常自言自語說出一些固定的話, 和當時情境無關、也不具溝通功能	是	否
13. 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	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。

4 歲 (3 歲 11 個月 16 天 ~ 4 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上樓梯, 而且一腳一階	是	否
*5. 通常可以和人一問一答持續對話, 使用 4 至 5 個單詞的短句, 且回答內容切題	是	否
*6. (實作) 能說出一種顏色的名稱 (圖 5: 用手依序指著紅、黃、藍、綠的圓圈並問「這是什麼顏色?」說對 1 個通過)	是	否
7. (實作) 能聽懂 2 個空間關係詞 (圖 6: 先引導兒童注視圖片上的牛頭和四隻小鳥, 然後依序問「哪隻小鳥在牛的上頭? 下面? 前面? 後面? 指對 2 個通過」)	是	否
8. (實作) 仿說「弟弟一想要一一輛一腳踏車」(大人唸句子讓小朋友覆誦, 錯誤四個字或四個字以上不通過)	是	否
9. (實作) 能說出四種東西的用途 (圖 2: 用手依序指著杯子、鞋子、鑰匙、鉛筆的圖形, 並問「這個是做什麼用的?」說對 4 個通過)	是	否
10. (實作) 能一次一個點數到 5 (圖 7: 問「數一數這邊有幾個黑點點?」要求兒童一邊指點一邊唱數, 必須前面 5 個點手指動作和嘴巴唱數能做一對一的配合, 唱數到 5 沒有錯誤才	是	否
*11. 口齒不清, 常需要再說一遍或由照顧大人傳譯才能聽懂	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 3

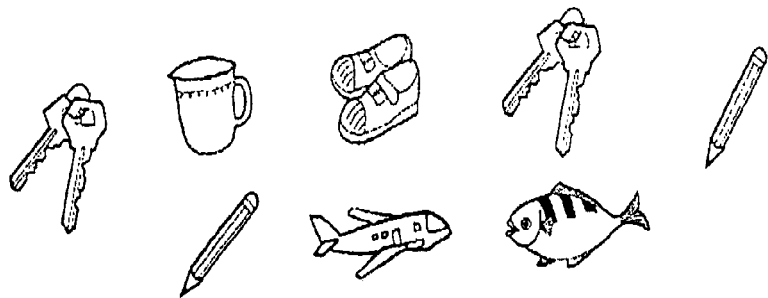


圖 4

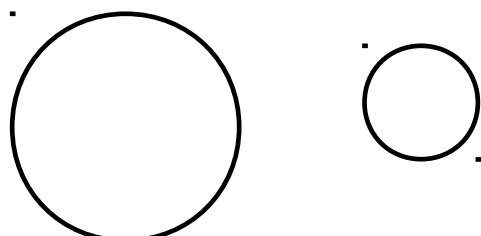




圖 5

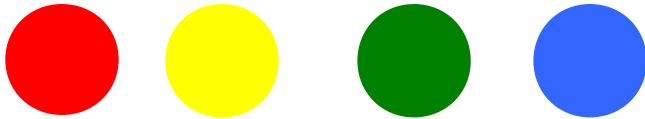


圖 6

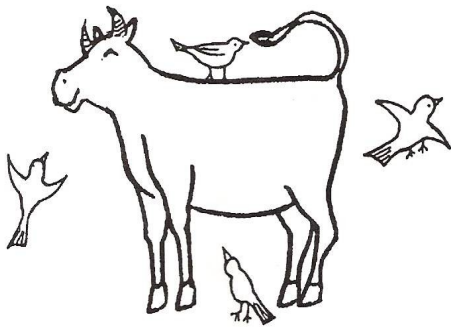


圖 7



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 07-3422121-5309
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
行政院衛生署旗山醫院	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	07-3985011

	號	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(澄清辦公室)	高雄市鳥松區澄清路834-1號	07-7334872-103
本市各區衛生所		

101.10. 修

訂

學前兒童發展檢核表(丁表)

5歲至6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		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 以下情形皆無

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		

⑤ 父母有酒癮史 ⑥ 父母有藥癮史 ⑦ 兒童本身愛吃刺激物 (如可樂、咖啡...等)
 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(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： 歲 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 $\square \triangle \diamond$ 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，以第二次表現為準)。	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

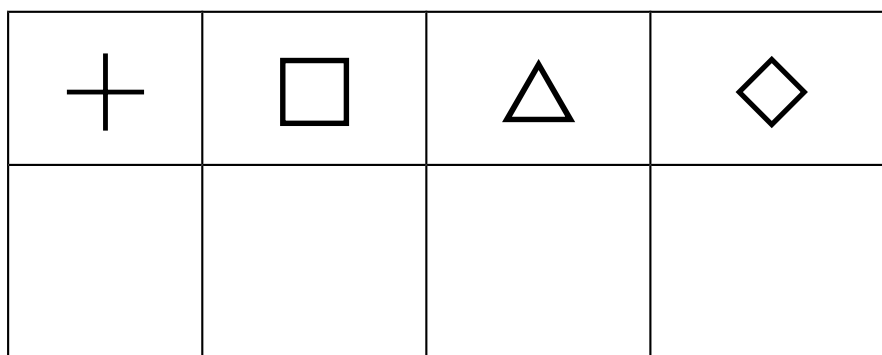


圖 2



圖 4



5 8 7 4 6 3 9

2

圖 3



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。

6歲(5歲11個月16天~6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.能單腳跳4步（兩腳均能做到才算通過）	是	否	
*2.能將紙大致對摺並壓出一條線（大人先做示範，沒有完全對齊也可以通過）	是	否	
3.（實作）能模仿寫簡單的字（圖5：大人先在「人」字下面空格仿寫，然後指著其他空格說「照著寫跟上面一樣的字」，三個字全部寫對才算通過）	是	否	
*4.（實作）通常能頭尾清楚地說一個簡單故事（圖6：用手指圖①說「你看，這邊有塊香蕉皮。說說看這幾張圖裡小朋友發生了什麼事？」適時地以手依序指圖②③④，引導兒童說故事。記下兒童的語言反應） 計分：兒童能說出圖片中至少兩個因果關係〔如：AB、AC、BC、ABC皆可〕才算通過。 因果A：【因】不小心、沒看見、踩到香蕉皮（滑滑的東西）→【果】滑倒、跌倒、摔倒等 因果B：【因】滑倒、跌倒、摔倒等→【果】哭、坐在地上、長包包、受傷等 因果C：【最後】媽媽（醫生、護士、姊姊）來了、救他、幫他治療、擦藥、貼起來、黏起來等	是	否	
*5.（實作）能從1數到30（提示：____次，糾正____次。能在僅提示和糾正一次下完成才算通過）（認語）	是	否	
*6.（實作）有「7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	
7.（實作）有「13個」的數量概念（圖7：要求兒童「請你數一數這邊有幾個黑點？」。兒童如果說12個或14個，鼓勵兒童再數一次，以第二次表現計分）	是	否	
*8.（實作）能說出3個相對詞（問：「哥哥是男生，姊姊是____？夏天很熱，冬天很____？飛機在天空飛，汽車在____？大象的鼻子長長的，老鼠的鼻子____？」答對3題通過）	是	否	
9.（實作）具備基本常識（問：「一隻手有幾個手指頭？你有幾個眼睛？小貓有幾隻腳？消防車是什麼？一加一等於多少？」答對4題通過。）紀錄正確率：____ / 5	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，10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5

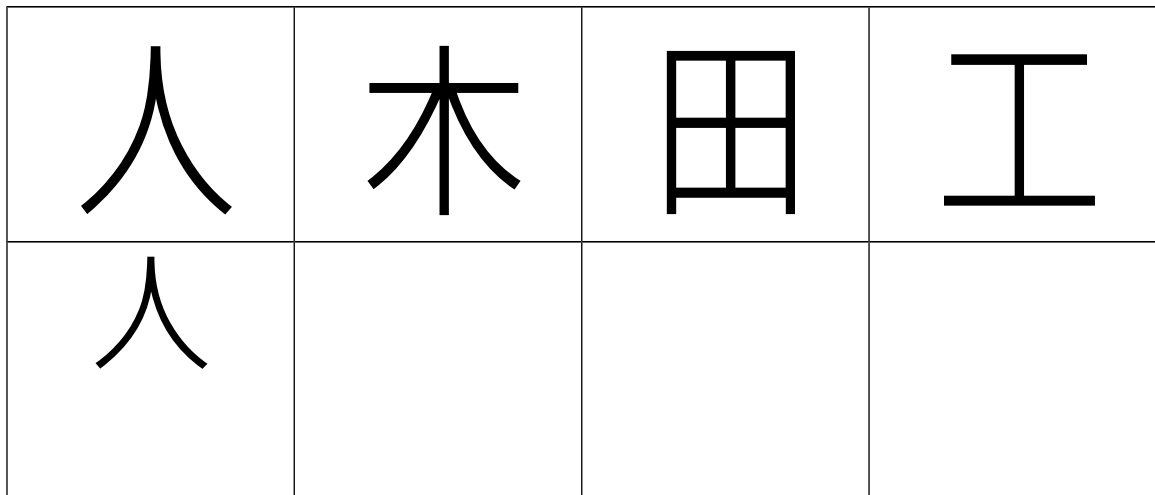


圖 6

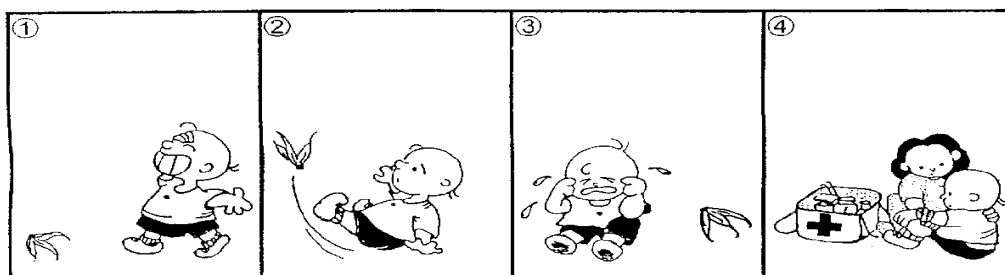
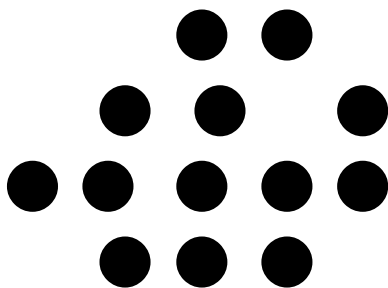


圖 7



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	07-3422121-5017
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
行政院衛生署旗山醫院	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	07-6226730
高雄市政府衛生局(澄清辦公室)	高雄市烏松區澄清路834-1號	07-7334872-103
本市各區衛生所		

訂