



臺北市學前兒童發展檢核表

5歲 (4歲11個月16天~5歲11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 _____

原始國籍：父：台灣 大陸 泰國 印尼 越南 柬埔寨 緬甸 其他：請註明：_____

母：台灣 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 檢核日期：_____年____月____日

身分證字號： 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)

戶籍住址：台北市_____區_____里_____鄰_____

聯絡住址：_____ 電話：(日)_____ (夜)_____

發展遲緩高危險因子

1. <input type="checkbox"/> 早產 (懷孕期未滿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"/> 孕前期3個月感染德國麻疹 <input type="checkbox"/> 母親妊娠期有不正常出血、胎動不安、糖尿病、妊娠毒血、梅毒、酗酒、抽煙 <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)；請參考母子手冊的出生紀錄 <input type="checkbox"/> 出生後有癲癇、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. 家族史或環境因素： <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

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(實作)的題項表示附有圖形，請實地測試，再紀錄兒童反應。

★ 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)看圖模仿畫 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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)能唸誦阿拉伯數字 (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，常常需要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，或像錄音機一樣重複說自己有興趣的事，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或相關福利協助，醫師將為您的寶寶向「臺北市發展遲緩兒童早期療育通報轉介中心」進行通報與轉介，以提供您相關服務資訊。	是	否

圖1

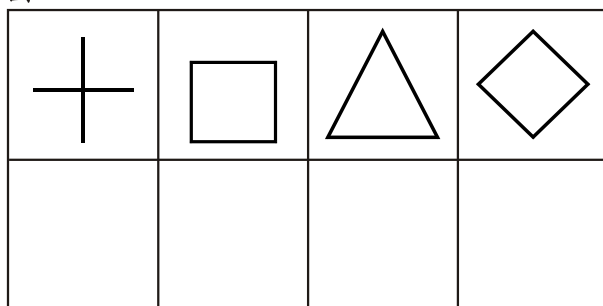


圖2



圖3



圖4



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，請至本表背面所列之醫療院所做進一步檢查。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。

臺北市政府衛生局關心您 95年12月修定二版
 (請沿虛線撕取)

兒童篩檢回條

兒童姓名：_____ 檢查單位：_____ 日期：_____

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作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，請您帶寶寶至早療評估醫院做進一步檢查，若需後續療育或相關福利協助，醫師將為您的寶寶向「臺北市發展遲緩兒童早期療育通報轉介中心」進行通報與轉介，以提供您相關服務資訊。

- * 學齡前兒童發展檢核線上檢測 <http://www.tpsefddc.gov.tw>
 - * 兒童發展檢核表下載區 <http://kid.health.gov.tw>
 - * 臺北市早療評估與療育機構下載區 <http://kid.health.gov.tw/content/Content.asp?cid=79>
- 如果您有相關問題，請洽相關諮詢電話(參見回條背面)