

本人同意衛生所調閱本次相關檢查資料：\_\_\_\_\_ (請簽名)

台北市政府衛生局授權  
臺南市政府衛生局印製

# 臺南市學前兒童發展檢核表

6歲 (5歲11個月16天~6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

身分證字號：

檢核日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

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)

戶籍地址：台南市\_\_\_\_\_

聯絡住址：\_\_\_\_\_

電話：(日) \_\_\_\_\_ (夜) \_\_\_\_\_

## 發展遲緩高危險因子

|   |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 早產 (懷孕期未滿36週) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 出生體重未滿2500公克 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 以上皆無  |
| 2. 先天性異常：<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 染色體異常 (如唐氏症、特納氏症等) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 頭顱顏面異常 (如唇顎裂、外耳異常等)<br><input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> 水腦脊柱裂 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 頭骨提早密合<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 手足缺損畸形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 以上皆無                           |
| 3. 產前、產程或產後問題：<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 孕前期3個月感染德國麻疹 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 母親妊娠期有不正常出血安胎、糖尿病、妊娠毒血、梅毒、酗酒、抽煙<br><input type="checkbox"/> <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<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apgar分數過低：5分鐘後<7(或小於等於6)；請參考兒童健康手冊的出生紀錄<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 出生後有痙攣、無呼吸、反覆嘔吐、低體溫或哺乳不良等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 重度黃疸需換血者<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 以上皆無 |
| 4. 腦部疾病或受傷：<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水腦 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 出血或缺氧 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腦部感染 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腦瘤 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 以上皆無  |
| 5. 家庭史或環境因素：<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 近親有視聽障礙、智能不足、精神疾病 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 社經不利狀況 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 孤兒或受虐兒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 以上皆無  |

(請沿虛線撕取)

## 兒童篩檢回條

檢查單位：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

兒童姓名：\_\_\_\_\_

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「兒童發展聯合評估中心」做進一步檢查，若需後續療育或相關福利協助，可尋求轄區之「臺南市兒童早期發展服務管理中心」。

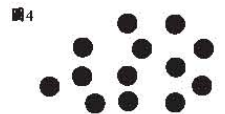
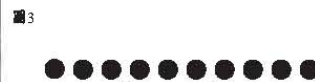
\* 如果您有相關問題，請參見回條背面諮詢電話，以提供您相關服務資訊。

\* 兒童發展檢核表下載區 <http://www.health.gov.tw>



### 發展里程碑檢核

|  |   |   |
|--|---|---|
| 兒童符合該項目描述的現象圖選「是」，若不符合或沒有該項目描述的現象圖選「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1: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2:用手指圖說「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)<br><br>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。<br>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<br>因果B:【因】滑倒、跌倒、摔倒等→【果】哭、坐在地上、長包包、受傷等<br>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點點,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4: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 |



有任何2題答案是圖選在網底欄內,或有上列表內題號前有★之任何1題答案是圖選在網底欄內,或填寫人認為兒童有其他不尋常的功能或行為表現,請至本表下列之單位做進一步檢查或諮詢。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題以上答案是圖選在網底欄內,且無任何1題有★的答案是圖選在網底欄內的,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。

如果你有相關問題,請洽:

- 「臺南市兒童早期發展服務管理中心」諮詢專線:  
溪南區:574-6623;溪北區:783-5670;市區電話:299-6648
- 「兒童發展聯合評估中心」諮詢專線:  
成大醫院聯評中心:235-3535分機4619;奇美醫院聯評中心:281-2811分機53758
- 臺南市政府衛生局諮詢專線:267-9751分機262
- 臺南市37區衛生所電話:

| 衛生所 | 電話      | 衛生所 | 電話      | 衛生所 | 電話      | 衛生所 | 電話      | 衛生所 | 電話      |
|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|
| 新營區 | 6355696 | 柳營區 | 6220464 | 七股區 | 7872277 | 南化區 | 5771139 | 中西區 | 2252403 |
| 鹽水區 | 6521041 | 後壁區 | 6872624 | 將軍區 | 7942007 | 左鎮區 | 5731114 | 北區  | 2252404 |
| 白河區 | 6852014 | 東山區 | 6802618 | 北門區 | 7862043 | 仁德區 | 2704153 | 南區  | 2618578 |
| 麻豆區 | 5722215 | 下營區 | 6892149 | 新市區 | 5992504 | 歸仁區 | 2304030 | 安南區 | 2567406 |
| 佳里區 | 7224106 | 六甲區 | 6982013 | 安定區 | 5922022 | 關廟區 | 5952395 | 安平區 | 2996210 |
| 新化區 | 5906025 | 官田區 | 5791493 | 山上區 | 5781013 | 龍崎區 | 5941397 |     |         |
| 善化區 | 5837035 | 大內區 | 5761044 | 楠西區 | 5751006 | 永康區 | 2326507 |     |         |
| 學甲區 | 7833359 | 西港區 | 7952338 | 玉井區 | 5742275 | 東區  | 2674085 |     |         |