

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

3歲半 (3歲5個月16天~3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： <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) <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 <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： <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 <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 <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 <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 <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： <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： <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」。

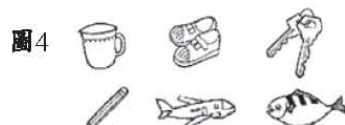
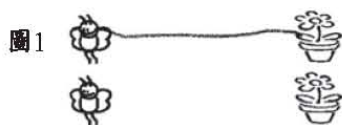
* 如果您有相關問題，請參見回條背面諮詢電話，以提供您相關服務資訊。

* 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4：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」。之後就不再給提示)	是	否
9. (實作) 能理解「大」 (圖2：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3：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)似乎聽不懂指令	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：

1. 「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

2. 「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

3. 臺南市政府衛生局諮詢專線：267-9751分機262

4. 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		