

新北市學前兒童發展檢核表

2歲半 (2歲5個月16天~2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：____縣(市)____區鄉鎮市____里____鄰 路(街)____段____巷____弄____號____樓

聯絡住址：_____ 電話：(日)_____ (夜)_____

發展遲緩高危險因子

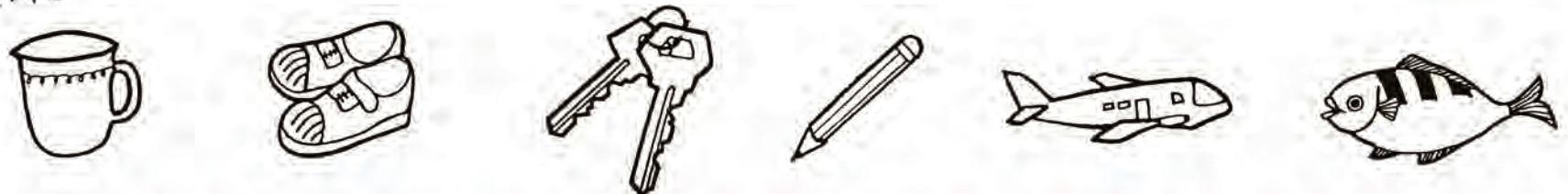
1. <input type="checkbox"/> 早產(懷孕未滿36週) <input type="checkbox"/> 出生體重未滿2500公克 <input type="checkbox"/> 以上皆無
2. 先天性異常 <input type="checkbox"/> 染色體異常(如唐氏症、特納氏症等) <input type="checkbox"/> 頭顱面異常(如唇顎裂、外耳異常等) <input type="checkbox"/> 先天性新陳代謝異常(如苯酮尿症、甲狀腺功能低下等) <input type="checkbox"/> 水腦脊柱裂 <input type="checkbox"/> 頭骨提早癒合 <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、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"/> 出生後有痙攣、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"/> 近視有視聽障礙、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

發展里程碑檢表

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. 通常自顧自玩，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
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)似乎聽不懂指令	是	否

圖 1



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，請協助轉介至合約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。

(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： 您的寶健康檢結果如下：

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「新北市政府兒童健康發展中心」進行通報與轉介，以提供您相關服務資訊。