

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 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) <input type="checkbox"/> 以上情形皆無

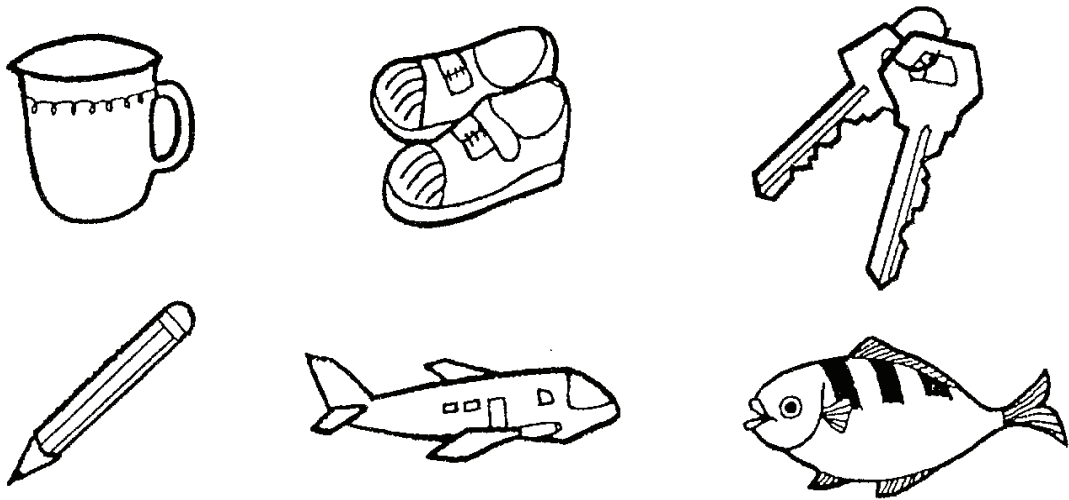
兒童符合該項目描述的現象圈選「是」，若不符合或沒有該項目描述的現象圈選「否」。
 註記（實作）的題項表示附有圖形，請實地測試，再記錄兒童反應。

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. 能夠雙手拿大東西一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: ___ / 6	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)似乎聽不懂指令	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: 媽媽一抱抱、要一喝水等)	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
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



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
衛生福利部旗山醫院	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	高雄市苓雅區凱旋二路 132-1 號	07-7134000-5309
本市各區衛生所		

103.03 修訂