

新北市學前兒童發展檢核表

4個月(3個月16天~5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. ☐ 早產(懷孕期末滿36週) ☐ 出生體重未滿2500公克 ☐ 以上皆無
2. 先天性異常 ☐ 染色體異常(如唐氏症、特納氏症等) ☐ 頭顱顏面異常(如唇顎裂、外耳異常等) ☐ 先天性新陳代謝異常(如苯酮尿症、甲狀腺功能低下等) ☐ 水腦脊柱裂 ☐ 頭骨提早密合 ☐ 先天性心臟病 ☐ 手足缺損畸形 ☐ 其他_____ ☐ 以上皆無
3. 產前、產程或產後問題： ☐ 孕期前3個月感染德國麻疹 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 出生後有痙攣、無呼吸、反覆嘔吐、低體溫或哺乳不良等 ☐ 重度黃疸需換血者 ☐ 其他_____ ☐ 以上皆無
4. 腦部疾病或受傷： ☐ 水腦 ☐ 出血或缺氧 ☐ 腦部感染 ☐ 癲癇 ☐ 腦瘤 ☐ 其他_____ ☐ 以上皆無
5. 家族史或環境因素： ☐ 近視有視聽障礙、智能不足、精神疾病 ☐ 社經不利狀況 ☐ 孤兒或受虐兒 ☐ 以上皆無

發展里程檢表

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(滿5個月90%通過) 題項若4個月未通過需滿5個月時再測。		
1.(仰)躺時雙手手掌均能自然地張開，不再一直緊握	是	否
2.(仰)躺時雙手會在胸前互相靠近(不一定要碰到)	是	否
★ 3.(仰)仰頭不尋常地一直歪一邊，無法回正或自由轉動	是	否
★ 4.(仰)仰躺靜止不動時，身體的姿勢經常歪向固定一側，無法維持在中線上	是	否
5.(仰)換尿布時感覺雙腿有明顯不尋常的阻力，不容易打開、彎曲	是	否
★ 6.(仰)使用左右手或左右腳的次數和力量明顯地不平衡	是	否
7.(仰)仰臥拉起時頭無法跟著身體抬起來，一直向後仰(滿5個月90%通過)	是	否
8.(仰)即使跟他玩，也很少發出聲音	是	否
★ 9.(仰)眼睛可以從左到右、從上到下來回追視沒有聲音的移動物體(可使用玩具發出聲音或碰觸臉吸引兒童注視，再移到眼前20公分左右不出聲地移動，觀察兒童反應)	是	否
10.(趴)趴著時能以雙肘支撐，將頭抬起和地面垂直，且能維持數秒鐘後頭慢慢放下(如果頭掙扎抬起、重重掉下則不通過)	是	否
11.(直)抱在肩上直立時，頭部和上半身能撐直至少10秒鐘，不會搖來晃去	是	否
★ 12.面對面時能持續注視人臉，表現出對人的興趣	是	否

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： 您的寶寶健康檢核結果如下：
☐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「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。