



新北市學前兒童發展檢核表

9個月(8個月16天~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. ① <input type="checkbox"/> 早產(懷孕期未滿36週) ② <input type="checkbox"/> 出生體重未滿2500公克 ③ <input type="checkbox"/> 以上皆無
2. 先天性異常 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3個月感染德國麻疹 ② <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 ③ <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 ④ <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 ⑤ <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 ⑥ <input type="checkbox"/> 重度黃疸需換血者 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： ① <input type="checkbox"/> 近視有視聽障礙、智能不足、精神疾病 ② <input type="checkbox"/> 社經不利狀況 ③ <input type="checkbox"/> 孤兒或受虐兒 ④ <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」		
★ 1. (趴) 翻身(趴著變成仰躺和仰躺變成趴著均能做到才通過)	是	否
★ 2. (坐) 能自己坐穩數分鐘，不會搖晃或跌倒(仍須雙手撐地面、背部呈圓弓形無法挺直、或容易跌倒均不算通過)	是	否
3. (站) 能手扶東西站立至少5秒鐘(扶桌面、平台、大人都可)	是	否
★ 4. 兩隻手可以同時各自緊握一樣東西(如玩具、積木、食物等) 5秒鐘以上	是	否
5. 會重複地做搖的動作讓玩具發出聲音	是	否
★ 6. 會把玩具或東西，由一手平順地換到另一手(用扯的不算通過)	是	否
★ 7. 會轉頭向下尋找掉落不見的玩具	是	否
8. 可以和人維持目光對視，大人說話、笑、玩躲貓貓、拿出玩具就可以把他逗笑	是	否
9. 可以分辨熟人和陌生人；如喜歡讓熟人抱，看到陌生人會害羞或害怕	是	否
★ 10. 即使跟他玩，也很少發出聲音	是	否
11. 完全聽不懂話，例如叫喚名字(或小名)不會回頭、說「不可以」沒有反應等	是	否
12. 通常無法安靜讓大人抱著坐在大腿上，一直動來動去抱不住，手四處抓東西停不下來	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_____ 級等_____) 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。