

新竹市學前兒童發展檢核表

0.4

滿四個月(3 個月 16 天~5 個月 15 天)

檢查單位：北區居家托育服務中心 填表人姓名：_____電話：_____

填表人身份：☐醫療人員☐老師☐社政人員☐家長☐其他_____檢核日期：_____年____月____日

兒童基本資料 檢核時實足年齡：_____個月_____天(請務必填寫)

兒童姓名：_____性別：☐男☐女身分證統一編號：_____出生日期：____年____月____日

聯絡地址：_____家長聯絡電話：_____

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(如唐氏症等) ☐ 頭顱顏面異常(如唇顎裂等) ☐ 先天性新陳代謝異常(如甲狀腺功能低下等) ☐ 水腦脊住裂 ☐ 頭顱提早密合 ☐ 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、煤毒、酗酒、抽煙 ☐ 產程有胎心音下降、吸入胎便、呼吸窘迫、窒息缺氧需急救、住保溫箱____天 ☐ Apgar 分數過低：5 分鐘後小於 7 (或小於等於 6)；請參考母子手冊的出生記錄 ☐ 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： ☐ 近親有視聽障礙、智能不足、精神疾病 ☐ 社經不利狀況 ☐ 孤兒或受虐兒 ☐ 以上皆無

發展里程碑檢核 (每位小朋友僅須根據實足年齡選擇一個適當的年齡層項目組檢核即可。)

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	(仰) 仰躺時雙手手掌均能自然地張開，不再一直緊握。	是 否
2	(仰) 仰躺時雙手會在胸前互相靠近(不一定要碰到)。	是 否
★3	(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均。	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

若沒有 2 題以上答案圈選在網底欄內，且無任何一題有★之答案是圈選在網底欄內，表示通過本階段篩檢，請隨著小孩的發展，按檢核年齡層持續追蹤檢核。有任何 2 題答案是圈選在網底欄內，或有上列表內題目前有★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，請至醫療院所做進一步檢查。

北區居家托育服務中心傳真電話 03-5253283 連絡電話 03-5253282