彰化縣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

身分證字號：□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

戶籍住址：_____

聯絡住址：_____

檢核日期：____年___月___日

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)

電話：（日)_____(夜)_____

手機：_____

發展遲緩高危險因子

1.①□早產（懷孕期未滿36週）②□出生體重未滿2500公克③□以上皆無

2.先天性異常：
①□染色體異常（如唐氏症、特納氏症等） ②□頭顱顏面異常（如唇顎裂、外耳異常等） ③□先天性新陳代謝異常（如苯酮尿症、甲狀腺功能低下等）④□水腦脊柱裂 ⑤□頭骨提早密合 ⑥□先天性心臟病 ⑦□手足缺損畸形 ⑧□其他_____ ⑨□以上皆無

3.產前、產程或產後問題：
①□孕期前3個月感染德國麻疹 ②□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□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□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□出生後有痙攣、無呼吸、反覆嘔吐、低體溫或哺乳不良等 ⑥□重度黃疸需換血者 ⑦□其他_____ ⑧□以上皆無

4.腦部疾病或受傷：
①□水腦 ②□出血或缺氧 ③□腦部感染 ④□癲癇 ⑤□腦瘤 ⑥□其他_____ ⑦□以上皆無

5.家族史或環境因素：
①□近親有視聽障礙、智能不足、精神疾病 ②□社經不利狀況 ③□孤兒或受虐兒 ④□以上皆無

發展里程檢核

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、大人均可）	是	否
★ 4.兩隻手可以同時各自握緊一樣東西（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，請至兒童發展聯合評估中心(財團法人彰化基督教醫院或衛生福利部彰化醫院)做進一步檢查。

請填寫是否領有□發展遲緩診斷證明書□早療綜合報告書□身心障礙證明(身心障礙類別_____等級____)□以上皆無

109年12月修正

彰化縣政府關心您 本表感謝台北市政府提供

家長審閱欄

兒童姓名：_____ 檢查單位：_____

家長簽名：_____ 日期：____年____月____日