

# 學前兒童發展檢核表



1 歲半 (1 歲 5 個月 1 6 天~1 歲 11 個月 1 5 天)

填表人姓名：\_\_\_\_\_ 檢核單位：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

填表人身份： 醫療人員  老師  社政人員  家長  其他 \_\_\_\_\_

台北市政府 95 年 12 月編製  
基隆市政府 103 年 01 月 再版

## 兒童基本資料

兒童姓名：\_\_\_\_\_ 性別： 男  女

身份證字號：\_\_\_\_\_

電話：〔日〕\_\_\_\_\_ 〔夜〕\_\_\_\_\_

未就學  已就學 \_\_\_\_\_ 幼兒園

戶籍住址：\_\_\_\_\_ 縣 \_\_\_\_\_ 市 (鎮、鄉) \_\_\_\_\_

現住住址：\_\_\_\_\_

原始國籍父/養父：-台灣 -中國 -泰國 -印尼 -越南 -柬埔寨 -緬甸 其他 \_\_\_\_\_

母/養母：-台灣 -中國 -泰國 -印尼 -越南 -柬埔寨 -緬甸 其他 \_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

早產兒請填此項 → 預產日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

檢核日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

實足年齡：\_\_\_\_\_ 歲 \_\_\_\_\_ 個月 \_\_\_\_\_ 天 (請務必填寫)

## 發展遲緩高危險因子

1. ①  早產 (懷孕未滿 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  其它 \_\_\_\_\_  以上皆無 \_\_\_\_\_
3. 產前、產程或產後問題：  
①  孕期前三個月感染德國麻疹 ②  母親妊娠期有不正常出血安胎、糖尿病、妊娠出血、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記錄 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 ⑦ 其它 \_\_\_\_\_ 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  其它 \_\_\_\_\_ 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

基隆市兒童發展篩檢結果回條

檢查單位 \_\_\_\_\_ 檢查日期：\_\_\_\_\_

兒童姓名：\_\_\_\_\_

親愛的家長： 您的寶寶篩檢結果如下：

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接受健康檢查

您的寶寶 \_\_\_\_\_ 個月/歲的檢查之 \_\_\_\_\_ 題，尚需再觀察

您的寶寶 \_\_\_\_\_ 個月/歲的檢查之 \_\_\_\_\_ 題， 經醫師 (核章) \_\_\_\_\_ 評估後，不須轉介，尚需再觀察

需再確認，請您帶寶寶至兒童發展聯合評估中心做進一步檢查，

我們將為您寶寶向基隆市通報轉介中心進行通報與轉介，以提供您相關服務資訊，如果您有相關問題，請洽相關諮詢電話(參見回條背面)

