

學前兒童發展檢核表



1 歲 3 個月 (1 歲 2 個月 16 天~1 歲 5 個月 15 天)

填表人姓名：_____ 檢核單位：_____ 電話：_____

台北市政府 95 年 12 月編製

填表人身份： 醫療人員 老師 社政人員 家長 其他 _____

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〕_____

戶籍住址：_____ 縣 _____ 市 (鎮、鄉) _____

現住住址：_____

原始國籍父：-台灣 -大陸 -泰國 -印尼 -越南 -柬埔寨 -緬甸 其他 _____

母：-台灣 -大陸 -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)

