

宜蘭縣學前兒童發展檢核表

4個月(3個月16天~5個月15天)



 發展里程檢核 (如有填寫上之疑問,可洽詢各醫療院所人員、幼兒園所教師、保母或社工人員)

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」。
註記(滿5個月90%通過)題項若4個月未通過需滿5個月時再測。

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

檢核標準

1. 通過: 沒有2題以上答案是圈選在網底欄內,且無圈選任何1題有★的答案。
2. 持續觀察: 有任何1題是圈選在網底欄內。(不含有★之題號)
3. 需進一步檢查: 有任何2題答案是圈選在網底欄內,或圈選有任何1題有★的答案。

檢核結果: 通過 持續觀察 進一步檢查

(請沿虛線撕取)

※如果您有相關問題,可參見下列諮詢電話,以提供您相關服務資訊。

1. 宜蘭縣兒童發展通報轉介中心諮詢專線: 03-9334040, 傳真: 03-9332462,
聯絡地址: 宜蘭縣宜蘭市同慶街 95 號
2. 兒童發展聯合評估中心諮詢專線:
 - 國立陽明大學附設醫院: 03-9325192, 聯絡地址: 宜蘭縣宜蘭市新民路 152 號
 - 天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院: 03-9544106,
聯絡地址: 宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號
 - 醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院: 03-9543131,
聯絡地址: 宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號
3. 宜蘭縣特殊教育資源中心: 03-9312385

宜蘭縣學前兒童發展檢核表



4個月(3個月16天~5個月15天)

檢查單位：_____ *本表請與通報單一併寄至或傳真至「宜蘭縣兒童發展通報轉介中心」
單位電話：_____ 身分：醫療人員 老師 社政人員 家長 保母 教保人員
填表人姓名：_____ 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 家長姓名：_____
身分證字號：_____
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)
身心障礙手冊/證明：是(身心障礙類別_____等級_____) 否
戶籍地址：宜蘭縣_____
聯絡住址：_____
電話：(日) _____ (夜) _____ (手機) _____

發展遲緩高危險因子

1. <input type="checkbox"/> 早產 (懷孕期末滿36週) <input type="checkbox"/> 出生體重未滿2500公克 <input type="checkbox"/> 以上皆無
2. 先天性異常： <input type="checkbox"/> 染色體異常 (如唐氏症、特納氏症等) <input type="checkbox"/> 頭顱顏面異常 (如唇顎裂、外耳異常等) <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) <input type="checkbox"/> 水腦脊柱裂 <input type="checkbox"/> 頭骨提早密合 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 手足缺損畸形 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 以上皆無
3. 產前、產程或產後問題： <input type="checkbox"/> 孕期前3個月感染德國麻疹 <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 <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 <input type="checkbox"/> Apgar分數過低：5分鐘後<7(或小於等於6)；請參考兒童健康手冊的出生紀錄 <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 <input type="checkbox"/> 重度黃疸需換血者 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 以上皆無
4. 腦部疾病或受傷： <input type="checkbox"/> 水腦 <input type="checkbox"/> 出血或缺氧 <input type="checkbox"/> 腦部感染 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 腦瘤 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 以上皆無
5. 家庭史或環境因素： <input type="checkbox"/> 近親有視聽障礙、智能不足、精神疾病 <input type="checkbox"/> 社經不利狀況 <input type="checkbox"/> 孤兒或受虐兒 <input type="checkbox"/> 以上皆無

(請沿虛線撕取)

宜蘭縣學前兒童發展檢核結果回條 < _____ 個月/歲 >

檢查單位：_____

日期：_____

兒童姓名：_____

親愛的家長：

您的寶寶健康篩檢結果如下：

通過 符合同年齡發展狀況。

持續觀察寶寶的發展狀況。

需進一步檢查，請帶著寶寶至兒童發展聯合評估中心或醫療院所檢查，若需療育或相關福利資源，可尋求「宜蘭縣兒童發展通報轉介中心」提供協助。

※如果您有相關問題，可參見回條背面諮詢電話，以提供您相關服務資訊。

※兒童發展檢核表下載區 <https://sntroot.e-land.gov.tw/Default.aspx>

宜蘭縣政府 關心您

