



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_____

家長國籍(稱謂_____)本國籍大陸泰國印尼越南柬埔寨緬甸其他：請註明_____

家長國籍(稱謂_____)本國籍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 檢核日期：____年____月____日

身分證字號： 出生日期：____年____月____日(早產)

戶籍地址：臺中市____區____里____鄰_____ 預產日期：____年____月____日

聯絡地址：_____ 實足年齡：____歲____個月____天

電話：(日) _____ (夜) _____ (請務必填寫)

發展遲緩高危險因子

1. <input type="checkbox"/> 早產 (懷孕期未滿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 <input type="checkbox"/> 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、抽菸 <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)；請參考母子手冊的出生紀錄 <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. 家族史或環境因素： <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

發展里程碑檢核

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. 能不須扶東西自己由坐或躺的姿勢站起來	是	否
2. 走得很穩(步態怪異如踮腳尖、左右不對稱、停不下來、無法轉彎、雙腳張開距離超過肩膀寬度、雙臂彎曲在身體兩側而非自然下垂或常常跌倒均不算通過)	是	否
*3. 在少許支撐下能蹲下或彎腰撿起地上的東西，然後恢復站的姿勢	是	否
4. 可以拿筆隨意塗塗畫畫(大人可先示範讓小孩模仿)	是	否
5. 可以用一手拿小零食—如葡萄乾、小饅頭等，放入小容器—如底片盒裡面	是	否

背面還有試題，請翻頁評核

