



臺北市學齡前兒童發展檢核表

6個月(5個月16天~8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

家長國籍(稱謂_____): 臺灣 大陸 泰國 印尼 越南 柬埔寨 緬甸 其他: 請註明: _____

家長國籍(稱謂_____): 臺灣 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：生理男 生理女 檢核日期：_____年_____月_____日

身分證字號： 出生日期：_____年_____月_____日 (早產) 預產日期：_____年_____月_____日

戶籍住址：臺北市_____區_____里_____鄰 實足年齡：_____歲_____個月_____日 (請務必填寫)

聯絡住址：_____ 電話：(日) _____ (夜) _____

發展遲緩高危險因子

1. <input type="checkbox"/> 早產(懷孕未滿37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、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狀況紀錄表 <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」。註記(滿7個月90%通過) 題項若6個月未通過需滿7個月時再測。

1. (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
★ 2. (仰) 頭不尋常地一直歪一邊，無法回正或自由轉動	是	否
3. (趴) 趴著時能用手掌撐著，將上半身抬起離開地面，頭部可以上下左右自由活動(如果頭掙扎抬起、重重掉下、一直向後仰、無法自由轉動則不通過)	是	否
4. (坐) 能用雙手撐著地面自己坐5秒，且頭部穩定不下垂，眼睛看正前方(滿7個月90%通過)	是	否
5. (站) 大人稍微用手在腋下扶著就能站得很挺(臀部不後翹)，腳還可以偶爾自由地挪動，如蹬腳、原地踏步、抬一腳等(滿7個月90%通過)	是	否
6. 能單手伸出碰到眼前15公分的玩具(左右手均能做到才算通過)	是	否
7. 能抓緊放在手裡的玩具並稍微搖動(必須如圖示: 大拇指能開離手掌面，與其他手指一起參與抓握的動作，且左右手均能做到)	是	否
★ 8. 兩隻手可以同時各自握緊一樣東西至少3秒鐘(如玩具、積木、食物等)	是	否
9. 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)(滿7個月90%通過)	是	否
★ 10. 會轉頭尋找左後方和右後方約20公分處的手搖鈴聲(必須左右邊均能做到)	是	否
11. 即使跟他玩，也很少發出聲音	是	否
12. 和照顧大人相處時可以維持目光對視，大人說話、笑、玩具就可以把他逗笑	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，請至本表背面所列之醫療院所做進一步檢查。請填寫是否領有身心障礙手冊：

是(身心障礙類別 _____ 等級 _____) 否 申請中

若沒有2題以上答案圈選在網底欄內，且無任何1題有★的答案是圈選在網底欄內，表示通過此階段的檢測。

日後仍請隨著小孩的發展，以不同年齡層使用的檢核表持續追蹤發展情形。

臺北市政府關心您 95年12月修訂二版/114年印製

(請沿虛線撕取)

臺北市學齡前兒童發展檢核表回條

兒童姓名：_____ 檢查單位：_____ 日期：_____

親愛的家長，您的孩子篩檢結果如下：

目前發展情形符合同年齡發展狀況。

您的孩子在 _____ 個月/歲的檢查之第 _____ 題，尚須再觀察。

您的孩子在 _____ 個月/歲的檢查之第 _____ 題，尚須再確認。

提醒您攜帶「健保卡」及「兒童健康手冊」帶孩子至「兒童發展篩檢服務(PeDS)院所」接受兒童發展篩檢服務，或至早療評估醫院做進一步檢查。

臺北市學齡前兒童
發展檢核表下載區



兒童發展篩
檢服務院所



臺北市早療評估與
療育機構下載區



如果您有相關問題，請洽相關諮詢電話(參見背面)