

# 宜蘭縣學前兒童發展檢核表

4歲(3歲11個月16天~4歲11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：<br><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)<br><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<br><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：<br><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<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 以上皆無 |
| 4. 腦部疾病或受傷：<br><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：<br><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，若需後續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<http://sntroot.e-land.gov.tw/dowl.aspx>



# 宜蘭縣學前兒童發展檢核表

4歲(3歲11個月16天~4歲11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(實作)的題項表示附有圖形,請實地測試,再紀錄兒童反應。                                                         |   |   |
| ★ 1. 能不須扶東西輕易地蹲下玩玩具然後恢復站的姿勢                                                                                                   | 是 | 否 |
| 2. 能跑(姿勢怪異或常跌倒,均不算通過)                                                                                                         | 是 | 否 |
| 3. 能雙腳離地跳躍(雙腳必須能同時離地然後同時著地,若明顯的力量不對稱而造成兩腳高低不一,則不算通過)                                                                          | 是 | 否 |
| 4. 能不須扶牆壁或欄杆走上樓梯,而且一腳一階                                                                                                       | 是 | 否 |
| ★ 5. 通常可以和人一問一答持續對話,使用4至5個單詞的短句,且回答內容切題                                                                                       | 是 | 否 |
| ★ 6. (實作)能說出一種顏色的名稱(圖1:用手依序指著紅、黃、藍、綠的圓圈並問「這是什麼顏色?」說對1個通過)                                                                     | 是 | 否 |
| 7. (實作)能聽懂2個空間關係詞(圖2:先引導兒童注視圖片上的牛頭和四隻小鳥,然後依序問「哪隻小鳥在牛的上面?下面?前面?後面?」指對2個通過)                                                     | 是 | 否 |
| 8. (實作)仿說「弟弟想要一輛腳踏車」(大人唸句子讓小朋友覆誦,錯誤四個字或四個字以上不通過)                                                                              | 是 | 否 |
| 9. (實作)能說出四種東西的用途(圖3:用手依序指著杯子、鞋子、鑰匙、鉛筆的圖形,並問「這個是做什麼用的?」說對4個通過)                                                                | 是 | 否 |
| 10. (實作)能一次一個點數到5(圖4:問「數一數這邊有幾個黑點點?」要求兒童一邊指點一邊唱數。必須前面5個點手指動作和嘴巴唱數能做一對一的配合,唱數到5沒有錯誤才算通過)                                       | 是 | 否 |
| ★ 11. 口齒不清,常要求再說一遍或由照顧大人傳譯才能聽懂                                                                                                | 是 | 否 |
| 12. 常常自言自語,或像錄音機一樣重覆說自己有興趣的事,不管別人的反應                                                                                          | 是 | 否 |
| 13. 因為下列任一行為問題而在團體中顯得突出:如(1)上課無法維持在座椅上,走來走去或離開教室;(2)常常和同學或老師發生爭執對立衝突而被孤立、排斥;(3)通常自己一個人玩,不會主動交朋友;(4)完成工作、參與活動跟不上同學,常常需要別人特別協助等 | 是 | 否 |

圖1



圖2

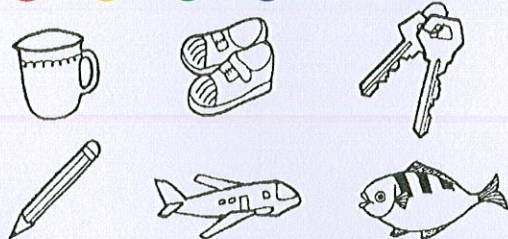


圖3

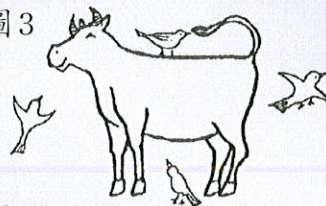


圖4



## 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) .....

如您有相關問題,請洽:

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:

溪北區: 國立陽明大學附設醫院: 03-9325192分機2120或2123

聯絡地址: 宜蘭縣宜蘭市新民路152號

溪南區: 天主教靈醫會羅東聖母醫院: 03-9544106分機6516

聯絡地址: 宜蘭縣羅東鎮中正南路160號

3. 宜蘭縣特殊教育資源中心: 03-9312385分機210、204