

新竹市東區居家托育服務中心

兒童基本資料

兒童姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證字號		早產兒請填預產日期： 年 月 日 (2歲以前適用矯正年齡)			
聯絡住址					
父親姓名		原始國籍		聯絡電話	
母親姓名		原始國籍		聯絡電話	

發展遲緩高危險因子

<p>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</p>
<p>2. 先天性異常：</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>水腦脊住裂 <input type="checkbox"/>頭顱提早密合 <input type="checkbox"/>先天性心臟病 <input type="checkbox"/>手足缺損畸形</p> <p><input type="checkbox"/>其他 <input type="checkbox"/>以上皆無</p>
<p>3. 產前、產程或產後問題：</p> <p><input type="checkbox"/>孕期前 3 個月感染德國麻疹</p> <p><input type="checkbox"/>母親妊娠期有：<input type="checkbox"/>不正常出血安胎 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>妊娠毒血 <input type="checkbox"/>梅毒 <input type="checkbox"/>酗酒 <input type="checkbox"/>抽煙</p> <p><input type="checkbox"/>產程有胎心音下降 <input type="checkbox"/>吸入胎便 <input type="checkbox"/>呼吸窘迫 <input type="checkbox"/>窒息缺氧需急救、住保溫箱__天</p> <p><input type="checkbox"/>Apgar 分數過低：5 分鐘後小於 7 (或小於等於 6)；請參考兒童健康手冊的出生記錄</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>重度黃疸需換血者 <input type="checkbox"/>其他_____ <input type="checkbox"/>以上皆無</p>
<p>4. 腦部疾病或受傷：</p> <p><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_____</p> <p><input type="checkbox"/>以上皆無</p>
<p>5. 家族史或環境因素：</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>以上皆無</p>