



台北市就学前児童発達チェックリスト

4か月（3か月16日～5か月15日）



検査機関： _____ 当該機関の電話番号： _____
 記録者氏名： _____ 身分：医療職員 教師 福祉職員 保護者 その他 _____
 原国籍：父：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他（国名をご記入ください）： _____
 母：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他（国名をご記入ください）： _____

児童の基本情報

児童氏名： _____ 性別：男 女 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 身分証の番号： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（早産の場合） 出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 実際年齢： _____ 歳 _____ 個月 _____ 日（必ずご記入ください）

本籍地：台北市 _____ 区 _____ 里 _____ 鄰
 居住地： _____
 電話番号：（日中） _____ （夜間） _____

発達遅延のハイリスク因子

1. <input type="checkbox"/> ① 早産（在胎週数 36 週未満） <input type="checkbox"/> ② 出生体重 2500g 未満 <input type="checkbox"/> ③ いずれも該当なし
2. 先天異常： <input type="checkbox"/> ① 染色体異常（例：ダウン症候群、ターナー症候群など） <input type="checkbox"/> ② 頭蓋顔面異常（例： <input type="checkbox"/> 唇口蓋裂、外耳の先天異常など） <input type="checkbox"/> ③ 先天性代謝異常（例：フェニルケトン尿症、甲状腺機能低下など） <input type="checkbox"/> ④ 二分脊椎 <input type="checkbox"/> ⑤ 頭蓋骨縫合早期癒合症 <input type="checkbox"/> ⑥ 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> ⑦ 手足の欠損・奇形 <input type="checkbox"/> ⑧ その他 _____ <input type="checkbox"/> ⑨ いずれも該当なし
3. 産前・妊娠期間または産後の問題： <input type="checkbox"/> ① 妊娠前三ヶ月間に風疹に感染した <input type="checkbox"/> ② 妊娠期間中に母体に不正出血で子宮収縮抑制処置、糖尿病、妊娠中毒症、梅毒、大量の飲酒、喫煙があった <input type="checkbox"/> ③ 出産の過程で胎心拍低下、胎便吸引、呼吸窮迫、窒息による低酸素状態で救命処置があった、保育器収容 _____ 日間 <input type="checkbox"/> ④ 低アプガー指数：5分後<7（または≤6）；児童健康手帳の出生の記録表をご参照ください <input type="checkbox"/> ⑤ 出生後けいれん、無呼吸、繰り返す嘔吐、低体温または哺乳不良などがあった <input type="checkbox"/> ⑥ 重症黄疸により交換輸血をした <input type="checkbox"/> ⑦ その他 _____ <input type="checkbox"/> ⑧ いずれも該当なし
4. 脳疾患あるいは外傷： <input type="checkbox"/> ① 水頭症 <input type="checkbox"/> ② 出血または低酸素症 <input type="checkbox"/> ③ 3回脳感染症 <input type="checkbox"/> ④ てんかん <input type="checkbox"/> ⑤ 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> ⑥ その他 _____ <input type="checkbox"/> ⑦ いずれも該当なし
5. 家族歴および環境要因： <input type="checkbox"/> ① 近親者に視聴覚障害、知的障害、精神疾患がある <input type="checkbox"/> ② 社会経済的に不利な状況にある <input type="checkbox"/> ③ 孤児あるいは被虐待児である <input type="checkbox"/> ④ いずれも該当なし

発達チェックリスト

児童にあてはまる項目は「はい」、あてはまらない項目は「いいえ」に○をつけてください。
 注：4か月の時点で（満5か月で90%が通過）の項目がまだできない場合は、満5か月で再度チェックする。

1.（仰）仰向けの時に両方の手のひらがいずれも自然に開いており、常に手を強く握ったままではない	はい	いいえ
2.（仰）仰向けの時に胸の前で両手を合わせる（両手が接触していなくても可）	はい	いいえ
★ 3.（仰）頭が不自然に同じ方向に向いたままで、まっすぐ向いたり自由に動かすことができない	はい	いいえ
★ 4.（仰）仰向けでじっとしている時、いつも同じ方向を向いていてまっすぐに姿勢を保持することができない	はい	いいえ
5.（仰）オムツを替える時、両足に不自然な抵抗があり、開きにくく、曲がりにくい	はい	いいえ
★ 6.（仰）左右の手または左右の足の使用頻度と力の入り具合に明らかな差がある	はい	いいえ
7.（仰）仰向けで頭を持ち上げても身体がついてこず、後ろにのけぞって起き上がれない（満5か月で90%がクリア）	はい	いいえ
8.（仰）あやしても声を発することが少ない	はい	いいえ
★ 9.（仰）音の出ない物体を上下左右へと移動すると、目で追う（音の出るおもちゃ、または顔に触れて注意を引いてから、目の前で（20cm くらいの距離）で音は出さずに移動させて反応を観察する）	はい	いいえ
10.（腹）うつぶせの時、両肘をついて支えて頭を地面からまっすぐにあげて、数秒間その姿勢を保持した後ゆっくりと下ろすことができる（必死でもがいて頭を上げるが、重さで頭が落ちてしまう場合は通過できない）	はい	いいえ
11.（縦）縦抱きの時、10秒以上グラグラせずに頭と上半身をまっすぐキープできる	はい	いいえ
★ 12. 向き合っている時、顔に注目し人に対する関心を示す	はい	いいえ

網掛け欄の回答が2項目選択されている、あるいは上記の表において番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つ選択、または記入者が当該児童にその他普通でない様子・行動や態度があると考えられる場合、本表の裏面にある医療施設にて詳しい検査を行ってください。身体・精神障害手帳の有無を記入してください。

あり（身体・精神障害の種類 _____ 等級 _____） なし 申請中

網掛け欄に2つ以上の答えを選択していない、かつ番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つも選択していない場合は、この段この段階での検査を通過したことを表します。

お子様の発達に伴い、その年齢層に適したチェックリストを用いて発達の様子を継続的に経過を観察してください。

台北市政府 95年12月改訂第二版/108年印刷

児童発達スクリーニング回答書

児童氏名： _____ 検査機関： _____ 日時： _____

保護者の皆様へ

お子様のスクリーニング検査の結果は以下のとおりです：

現在の発達状況は年齢に合った発達をとげています。お子様を適切な時期に予防接種と健診へ忘れずにお連れください。

お子様は _____ か月 / 歳の検査、第 _____ 番目の項目において経過観察が必要です。

お子様は _____ か月 / 歳の検査、第 _____ 番目の項目において再検査が必要です。早期療育評価病院（中国語：早療評価醫院）にてお子様に詳しい検査を受けさせてください。その結果、以降の療育や関連する福祉による協力が必要となった場合、医師が「台北市政府社会局早期療育報告紹介センター（中国語名：臺北市政府社會局通報轉介中心）」へお子様の届出と紹介を行い、関係するサービスと情報を提供します。

* 就学前児童の発達チェックリスト オンライン検査ー

台北市衛生局トップページ (<https://health.gov.taipei>) / 主題專區（カテゴリー） / 児童及青少年保健（児童および青少年保健） / 児童発達検査資料ダウンロード（児童発達チェックリストダウンロード）。

* 就学前児童の発達チェックリストおよび台北市早期療育評価と早期療育施設一覧のダウンロード ----

台北市政府衛生局トップページ (<https://www.health.gov.taipei>) / 市民服務（市民サービス） / 特殊照護（特別なケア） / 児童早期療育（児童早期療育）

発達に関するご相談は、関係機関へお電話でお問い合わせください。（裏面をご参照ください。）



台北市就学前児童発達チェックリスト

6か月（5か月16日～8か月15日）



検査機関： _____ 当該機関の電話番号： _____
 記録者氏名： _____ 身分：医療職員 教師 福祉職員 保護者 その他 _____
 原国籍：父：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他（国名をご記入ください）： _____
 母：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他（国名をご記入ください）： _____

児童の基本情報

児童氏名： _____ 性別：男 女 記入日： _____年 _____月 _____日
 身分証の番号： □□□□□□□□□□ 生年月日： _____年 _____月 _____日（早産の場合） 出産予定日： _____年 _____月 _____日
 実際年齢： _____歳 _____ヶ月 _____日（必ずご記入ください）

本籍地：台北市 _____区 _____里 _____鄰
 居住地： _____
 電話番号：（日中） _____（夜間） _____

発達遅延のハイリスク因子

1. ① 早産（在胎週数 36 週未満） ② 出生体重 2500g 未満 ③ いずれも該当なし

2. 先天異常：
 ① 染色体異常（例：ダウン症候群、ターナー症候群など） ② 頭蓋顔面異常（例：唇口蓋裂、外耳の先天異常など）
 ③ 先天性代謝異常（例：フェニルケトン尿症、甲状腺機能低下など） ④ 二分脊椎 ⑤ 頭蓋骨縫合早期癒合症 ⑥ 先天性心疾患
 ⑦ 手足の欠損・奇形 ⑧ その他 _____ ⑨ いずれも該当なし

3. 産前・妊娠期間または産後の問題：
 ① 妊娠前三ヶ月間に風疹に感染した
 ② 妊娠期間中に母体に不正出血で子宮収縮抑制処置、糖尿病、妊娠中毒症、梅毒、大量の飲酒、喫煙があった
 ③ 出産の過程で胎心拍低下、胎便吸引、呼吸窮迫、窒息による低酸素状態で救命処置があった、保育器収容 _____ 日間
 ④ 低アプガー指数：5 分後 < 7（または ≤ 6）；児童健康手帳の出生の記録表をご参照ください
 ⑤ 出生後けいれん、無呼吸、繰り返す嘔吐、低体温または哺乳不良などがあった
 ⑥ 重症黄疸により交換輸血をした ⑦ その他 _____ ⑧ いずれも該当なし

4. 脳疾患あるいは外傷：
 ① 水頭症 ② 出血または低酸素症 ③ 3 脳感染症 ④ てんかん ⑤ 脳腫瘍
 ⑥ その他 _____ ⑦ いずれも該当なし

5. 家族歴および環境要因：
 ① 近親者に視聴覚障害、知的障害、精神疾患がある ② 社会経済的に不利な状況にある
 ③ 孤児あるいは被虐待児である ④ いずれも該当なし

発達チェックリスト

児童にあてはまる項目は「はい」に、あてはまらない項目は「いいえ」に○をつけてください。
 注：6か月の時点で（満7か月で90%が通過）の項目がまだできない場合は、満7か月で再度チェックする。

1. (仰) オムツを替える時、両足に不自然な抵抗があり、開きにくく、曲がりにくい	はい	いいえ
★ 2. (仰) 頭が不自然に同じ方向に向いたままで、まっすぐ向いたり自由に動かすことができない	はい	いいえ
3. (腹) うつぶせの時、手のひらをついて支えて上体をあげ、頭を上下左右に自由に動かすことができる（必死でもがいて頭を上げる、重さで頭が落ちてしまう、後ろに反り返ってしまう、自由に動かせない場合は「いいえ」を選ぶ）	はい	いいえ
4. (座) 両手で支えて5秒間おすわりができ、頭部が安定しガクンと下に落ちたりせずに正面を向いている（満7か月で90%がクリア）	はい	いいえ
5. (立) 大人が手で脇を少し支えるとまっすぐ立てる（お尻は後ろに出ない）、時に足をバタバタさせたり、足踏みをしたり、片足を上げたりするなど足を自由に動かすことができる（満7か月で90%が通過）	はい	いいえ
6. 片手を伸ばして15cmほど前にあるおもちゃを触ることができる（左右いずれも可能であれば通過とする）	はい	いいえ
7. おもちゃをしっかりとつかんで少し振ることができる（右図に示すように：親指を手のひらから離して他の指とともに握る動作を行い、左右どちらともできる）	はい	いいえ
★ 8. 両手で同時に片方ずつ何か（おもちゃ、積み木、食べ物など）を最低3秒間握ることができる	はい	いいえ
9. 物やおもちゃを一方の手からもう片方の手へスムーズに持ち替えることができる（引っばって持ち替えるのはクリアしたことにはならない）（満7か月90%がクリア）	はい	いいえ
★ 10. 首を左右に回して20cm後方の鈴を探ることができる（左右どちらともできなければならない）	はい	いいえ
11. あやしてもあまり声を出さない	はい	いいえ
12. 世話をする大人と一緒にいる時視線を合わせることを維持でき、大人の話しや笑い、おもちゃであやすと笑う	はい	いいえ

網掛け欄の回答が2項目選択されている、あるいは上記の表において番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つ選択、または記入者が当該児童にその他普通でない様子・行動や態度があると考えられる場合、本表の裏面にある医療施設にて詳しい検査を行ってください。身体・精神障害手帳の有無を記入してください。

あり（身体・精神障害の種類 _____ 等級 _____） なし 申請中

網掛け欄に2つ以上の答えを選択していない、かつ番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つも選択していない場合は、この段この段階での検査を通過したことを表します。

お子様の発達に伴い、その年齢層に適したチェックリストを用いて発達の様子を継続的に経過を観察してください。

台北市政府 95年12月改訂第二版/108年印刷

.....(点線に沿って切り取ってください).....

児童発達スクリーニング回答書

児童氏名： _____ 検査機関： _____ 日時： _____

保護者の皆様へ

お子様のスクリーニング検査の結果は以下のとおりです：

現在の発達状況は年齢に合った発達をとげています。お子様を適切な時期に予防接種と健診へ忘れずにお連れください。

お子様は _____ か月 / 歳の検査、第 _____ 番目の項目において経過観察が必要です。

お子様は _____ か月 / 歳の検査、第 _____ 番目の項目において再検査が必要です。早期療育評価病院（中国語：早療評価醫院）にてお子様に詳しい検査を受けさせてください。その結果、以降の療育や関連する福祉による協力が必要となった場合、医師が「台北市政府社会局早期療育報告紹介センター（中国語名：臺北市政府社會局通報轉介中心）」へお子様の届出と紹介を行い、関係するサービスと情報を提供します。

* 就学前児童の発達チェックリスト オンライン検査ー

台北市衛生局トップページ (<https://health.gov.taipei>) / 主題專區（カテゴリー） / 児童及青少年保健（児童および青少年保健） / 児童発達検査資料ダウンロード（児童発達チェックリストダウンロード）。

* 就学前児童の発達チェックリストおよび台北市早期療育評価と早期療育施設一覧のダウンロード ----

台北市政府衛生局トップページ (<https://www.health.gov.taipei>) / 市民服務（市民サービス） / 特殊照護（特別なケア） / 児童早期療育（児童早期療育）

発達に関するご相談は、関係機関へお電話でお問い合わせください。（裏面をご参照ください。）



台北市就学前児童発達チェックリスト

2歳(1歳11か月16日～
2歳5か月15日)



検査機関： _____ 当該機関の電話番号： _____
 記録者氏名： _____ 身分： 医療職員 教師 福祉職員 保護者 その他 _____
 原国籍：父： 台湾 中国 タイ インドネシア ベトナム カンボジア ミャンマー その他 (国名をご記入ください) : _____
 母： 台湾 中国 タイ インドネシア ベトナム カンボジア ミャンマー その他 (国名をご記入ください) : _____

児童の基本情報

児童氏名： _____ 性別： 男 女 記入日： _____年 _____月 _____日
 身分証の番号： 生年月日： _____年 _____月 _____日 (早産の場合) 出産予定日： _____年 _____月 _____日
 実際年齢： _____歳 _____ヶ月 _____日 (必ずご記入ください)
 本籍地：台北市 _____区 _____里 _____鄰
 居住地： _____
 電話番号： (日中) _____ (夜間) _____

発達遅延のハイリスク因子

- ① 早産 (在胎週数 36 週未満) ② 出生体重 2500g 未満 ③ いずれも該当なし
- 先天異常：
 - ① 染色体異常 (例：ダウン症候群、ターナー症候群など) ② 頭蓋顔面異常 (例：口唇口蓋裂、外耳の先天異常など)
 - ③ 先天性代謝異常 (例：フェニルケトン尿症、甲状腺機能低下など) ④ 二分脊椎 ⑤ 頭蓋骨縫合早期癒合症 ⑥ 先天性心疾患
 - ⑦ 手足の欠損・奇形 ⑧ その他 _____ ⑨ いずれも該当なし
- 産前・妊娠期間または産後の問題：
 - ① 妊娠前三ヶ月間に風疹に感染した
 - ② 妊娠期間中に母体に不正出血で子宮収縮抑制処置、糖尿病、妊娠中毒症、梅毒、大量の飲酒、喫煙があった
 - ③ 出産の過程で胎心拍低下、胎便吸引、呼吸窮迫、窒息による低酸素状態で救命処置があった、保育器収容 _____ 日間
 - ④ 低アプガー指数：5分後 < 7 (または ≤ 6)：児童健康手帳の出生の記録表をご参照ください
 - ⑤ 出生後けいれん、無呼吸、繰り返す嘔吐、低体温または哺乳不良などがあった
 - ⑥ 重症黄疸により交換輸血をした ⑦ その他 _____ ⑧ いずれも該当なし
- 脳疾患あるいは外傷：
 - ① 水頭症 ② 出血または低酸素症 ③ 3回脳感染症 ④ てんかん ⑤ 脳腫瘍 ⑥ その他 _____ ⑦ いずれも該当なし
- 家族歴および環境要因：
 - ① 近親者に視聴覚障害、知的障害、精神疾患がある ② 社会経済的に不利な状況にある ③ 孤児あるいは被虐待児である ④ いずれも該当なし

発達チェックリスト

児童にあてはまる項目は「はい」に、あてはまらない項目は「いいえ」に○をつけてください。
 注：(実際にやってみる) 項目には図がありますので、実際にその図を用いてテストを行い、児童の反応を記録してください。

★ 1. 少しの支えでしゃがんだり腰を曲げて床のものを拾い、もとの立った姿勢に戻ることが可能である	はい	いいえ
2. 両手で大きなものを持つことができる。-小さなプラスチック製の椅子を運ぶ、大きなおもちゃを抱えて前に(約10歩程度)歩くことができ、転ばない	はい	いいえ
★ 3. 安定して使用している語彙が少なくとも10個ある(幼児語、例えば食事を「マンマ」、犬を「ワンワン」と言うのもひとつと数えてよい)	はい	いいえ
★ 4. (実際にやってみる) 正確な図をひとつ以上指さすことができる(図1：大人が「鉛筆はどれ? くつは? 鍵は? 魚は? 飛行機は? コップは?」と順番に質問し、全部終わったら再び最初からひとつづつ質問する。児童が適当に指をさしたり、推測で答えた不正確な結果を避けるために、指さした図が2回とも正しい必要がある) 正解率： _____ / 6	はい	いいえ
5. 体の部位を少なくとも4ヶ所正確に指を差して示す(大人は「頭、手、足、目、耳、鼻、口はどこ?」と順番に質問する) 正解率： _____ / 7	はい	いいえ
★ 6. 家事のまねをしたり、ほとんどの家庭用品を使用できる(例：掃除、ティッシュで物を拭く、スイッチで遊ぶ、お鍋・お碗・お箸・スプーン・くしなどで遊ぶ)	はい	いいえ
★ 7. 自ら学ぶきっかけを見つける。例えば、自分でおもちゃを探して遊ぶ、自分で本を持ってきて開いて見ているなど	はい	いいえ
★ 8. 嬉しい時に誰かと喜びをわかちあうことができる(例えば、振り向いて大人に微笑む、あるいは好きなことや得意なことを大人にやってみせるなど)	はい	いいえ
9. 言葉をまねして話すことがない。その理由は(1)元々まねをする気がない、(2)発音ができなくて聞き取れない	はい	いいえ
10. いつもひとり遊びが多く、大人が何度も繰り返し名前(あだ名)を呼んでも気づかず、顔を上げたり首を回して見たり、大人のもとへ行ったりして反応を示すなどの行動が一切ない	はい	いいえ
11. テストの過程でかなり非協力的であり、以下の行動が一つでも見られる。(1)説明を聞かない、お手本を見ない、(2)大人の指差す方向を見ない、(3)大人に見られるのを嫌がる、(4)大人の持っている物を奪って自分で遊ぶ、(5)走り回って大人しくできない、(6)指示の意味がほとんど理解できない	はい	いいえ

図1



網掛け欄の回答が2項目選択されている、あるいは上記の表において番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つ選択、または記入者が当該児童にその他普通でない様子・行動や態度があると考えられる場合、本表の裏面にある医療施設にて詳しい検査を行ってください。身体・精神障害手帳の有無を記入してください。

あり (身体・精神障害の種類 _____ 等級 _____) なし 申請中

網掛け欄に2つ以上の答えを選択していない、かつ番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つも選択していない場合は、この段この段階での検査を通過したことを表します。

お子様の発達に伴い、その年齢層に適したチェックリストを用いて発達の様子を継続的に経過を観察してください。

台北市政府 95年12月改訂第二版/108年印刷

(点線に沿って切り取ってください)

児童発達スクリーニング回答書

児童氏名： _____ 検査機関： _____ 日時： _____

保護者の皆様へ

お子様のスクリーニング検査の結果は以下のとおりです：

現在の発達状況は年齢に合った発達をとげています。お子様を適切な時期に予防接種と健診へ忘れずにお連れください。

お子様は _____ か月 / 歳の検査、第 _____ 番目の項目において経過観察が必要です。

お子様は _____ か月 / 歳の検査、第 _____ 番目の項目において再検査が必要です。早期療育評価病院(中国語：早療評価醫院)にてお子様に詳しい検査を受けさせてください。その結果、以降の療育や関連する福祉による協力が必要となった場合、医師が「台北市政府社会局早期療育報告紹介センター(中国語名：臺北市政府社會局通報轉介中心)」へお子様の届出と紹介を行い、関係するサービスと情報を提供します。

* 就学前児童の発達チェックリスト オンライン検査 -

台北市政府衛生局トップページ (<https://health.gov.taipei>) / 主題專區 (カテゴリー) / 兒童及青少年保健 (兒童および青少年保健) / 兒童發展檢核資料下載 (兒童発達チェックリストダウンロード)。

* 就学前児童の発達チェックリストおよび台北市早期療育評価と早期療育施設一覧のダウンロード ----

台北市政府衛生局トップページ (<https://www.health.gov.taipei>) / 市民服務 (市民サービス) / 特殊照護 (特別なケア) / 兒童早期療育 (兒童早期療育)

発達に関するご相談は、関係機関へお電話でお問い合わせください。(裏面をご参照ください。)



台北市就学前児童発達チェックリスト

2歳半(2歳5か月16日～
3歳11か月15日)



検査機関： _____ 当該機関の電話番号： _____
 記録者氏名： _____ 身分：医療職員 教師 福祉職員 保護者 その他 _____
 原国籍：父：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他(国名をご記入ください)： _____
 母：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他(国名をご記入ください)： _____

児童の基本情報

児童氏名： _____ 性別：男 女 記入日： _____年 _____月 _____日
 身分証の番号： □□□□□□□□□□ 生年月日： _____年 _____月 _____日 (早産の場合) 出産予定日： _____年 _____月 _____日
 実際年齢： _____歳 _____ヶ月 _____日 (必ずご記入ください)
 本籍地：台北市 _____区 _____里 _____鄰
 居住地： _____
 電話番号：(日中) _____ (夜間) _____

発達遅延のハイリスク因子

- ① 早産(在胎週数 36 週未満) ② 出生体重 2500g 未満 ③ いずれも該当なし
- 先天異常：
 - ① 染色体異常(例：ダウン症候群、ターナー症候群など)
 - ② 頭蓋顔面異常(例：唇口蓋裂、外耳の先天異常など)
 - ③ 先天性代謝異常(例：フェニルケトン尿症、甲状腺機能低下など)
 - ④ 二分脊椎
 - ⑤ 頭蓋骨縫合早期癒合症
 - ⑥ 先天性心疾患
 - ⑦ 手足の欠損・奇形
 - ⑧ その他 _____
 - ⑨ いずれも該当なし
- 産前・妊娠期間または産後の問題：
 - ① 妊娠前三ヶ月間に風疹に感染した
 - ② 妊娠期間中に母体に不正出血で子宮収縮抑制処置、糖尿病、妊娠中毒症、梅毒、大量の飲酒、喫煙があった
 - ③ 出産の過程で胎心拍低下、胎便吸引、呼吸窮迫、窒息による低酸素状態で救命処置があった、保育器収容 _____日間
 - ④ 低アプガー指数：5分後<7(または≤6)；児童健康手帳の出生の記録表をご参照ください
 - ⑤ 出生後けいれん、無呼吸、繰り返す嘔吐、低体温または哺乳不良などがあった
 - ⑥ 重症黄疸により交換輸血をした
 - ⑦ その他 _____
 - ⑧ いずれも該当なし
- 脳疾患あるいは外傷：
 - ① 水頭症
 - ② 出血または低酸素症
 - ③ 3脳感染症
 - ④ てんかん
 - ⑤ 脳腫瘍
 - ⑥ その他 _____
 - ⑦ いずれも該当なし
- 家族歴および環境要因：
 - ① 近親者に視聴覚障害、知的障害、精神疾患がある
 - ② 社会経済的に不利な状況にある
 - ③ 孤児あるいは被虐待児である
 - ④ いずれも該当なし

発達チェックリスト

児童にあてはまる項目は「はい」に、あてはまらない項目は「いいえ」に○をつけてください。
 注：(実際にやってみる)項目には図がありますので、実際にその図を用いてテストを行い、児童の反応を記録してください。

★ 1. 支えなしで容易にしゃがんだり腰を曲げて床のものを拾い、もとの立った姿勢に戻ることが可能である	はい	いいえ
★ 2. 手すりまたは壁を伝って階段を上ることができる	はい	いいえ
3. 両足でジャンプできる(両足が同時に地面から離れた後、同時に着地しなければならない。明らかに両足の力が均等でなく左右の高さが違う場合クリアできない)	はい	いいえ
★ 4. 瓶の蓋を回して開けることができる(瓶の蓋が固すぎないよう、あらかじめ大人が少しだけ回しておく)	はい	いいえ
★ 5. 一枚ずつページをめくりボードブックや絵本を見ることができる	はい	いいえ
★ 6. 話せる語彙がすでに数えられないほど多い、しかもほとんど単音節ではない。例：「ご」ではなく「りんご」と言う	はい	いいえ
7. ほとんどの場面で2語文を使って意思表示する(例：ママ-だっこ、水-飲むなど)	はい	いいえ
8. (実際にやってみる) 絵で示されている物の名前を4つ以上正確に言える(図1：大人が鉛筆、靴、鍵、魚、飛行機、コップの絵を指をさしながら「これは何?」と質問する) 正解率： _____ / 6	はい	いいえ
★ 9. 体の部位を少なくとも6ヶ所正確に指を差して示すことができる(大人は「頭、手、足、目、耳、鼻、口はどこ?」と順番に質問する)	はい	いいえ
10. 話してもはっきりせず、一番親しい大人でも理解できない	はい	いいえ
★ 11. いつもひとり遊びが多く、大人が何度も繰り返し名前(あだ名)を呼んでも気づかず、顔を上げたり、首を回して見たり、大人のもとへ行ったりして反応を示すなどの行動が一切ない	はい	いいえ
12. テストの過程でかなり非協力的であり、以下の行動が一つでも見られる。(1)説明を聞かない、お手本を見ない、(2)大人の指差す方向を見ない、(3)大人に見られるのを嫌がる、(4)大人の持っている物を奪って自分で遊ぶ、(5)走り回って大人しくできない、(6)指示の意味がほとんど理解できない	はい	いいえ

図 1



網掛け欄の回答が2項目選択されている、あるいは上記の表において番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つ選択、または記入者が当該児童にその他普通でない様子・行動や態度があると考えられる場合、本表の裏面にある医療施設にて詳しい検査を行ってください。身体・精神障害手帳の有無を記入してください。

あり(身体・精神障害の種類 _____ 等級 _____) なし 申請中

網掛け欄に2つ以上の答えを選択していない、かつ番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つも選択していない場合は、この段この段階での検査を通過したことを表します。

お子様の発達に伴い、その年齢層に適したチェックリストを用いて発達の様子を継続的に経過を観察してください。

台北市政府 95年12月改訂第二版/108年印刷

.....(点線に沿って切り取ってください).....

児童発達スクリーニング回答書

児童氏名： _____ 検査機関： _____ 日時： _____

保護者の皆様へ

お子様のスクリーニング検査の結果は以下のとおりです：

現在の発達状況は年齢に合った発達をとげています。お子様を適切な時期に予防接種と健診へ忘れずにお連れください。

お子様は _____ か月/歳の検査、第 _____ 番目の項目において経過観察が必要です。

お子様は _____ か月/歳の検査、第 _____ 番目の項目において再検査が必要です。早期療育評価病院(中国語：早療評価醫院)にてお子様に詳しい検査を受けさせてください。その結果、以降の療育や関連する福祉による協力が必要となった場合、医師が「台北市政府社会局早期療育報告紹介センター(中国語名：臺北市政府社會局通報轉介中心)」へお子様の届出と紹介を行い、関係するサービスと情報を提供します。

* 就学前児童の発達チェックリスト オンライン検査—

台北市衛生局トップページ (<https://health.gov.taipei>) / 主題專區(カテゴリー) / 児童及青少年保健(児童および青少年保健) / 児童發展檢核資料下載(児童発達チェックリストダウンロード)。

* 台北市兒童發展圖像篩檢互動網(台北市兒童発達イメージスクリーニングインタラクティブページ)

* 就学前児童の発達チェックリストおよび台北市早期療育評価と早期療育施設一覧のダウンロード ----

台北市政府衛生局トップページ (<https://www.health.gov.taipei>) / 市民服務(市民サービス) / 特殊照護(特別なケア) / 児童早期療育(児童早期療育)

発達に関するご相談は、関係機関へお電話でお問い合わせください。(裏面をご参照ください。)



台北市就学前児童発達チェックリスト

3歳(2歳11か月16日～
3歳5か月15日)



検査機関： _____ 当該機関の電話番号： _____
記録者氏名： _____ 身分：医療職員 教師 福祉職員 保護者 その他 _____
原国籍：父：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他(国名をご記入ください)： _____
母：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他(国名をご記入ください)： _____

児童の基本情報

児童氏名： _____ 性別：男 女 記入日： _____年 _____月 _____日
身分証の番号： □□□□□□□□□□ 生年月日： _____年 _____月 _____日 (早産の場合) 出産予定日： _____年 _____月 _____日
実際年齢： _____歳 _____ヶ月 _____日 (必ずご記入ください)

本籍地：台北市 _____区 _____里 _____鄰
居住地： _____
電話番号：(日中) _____ (夜間) _____

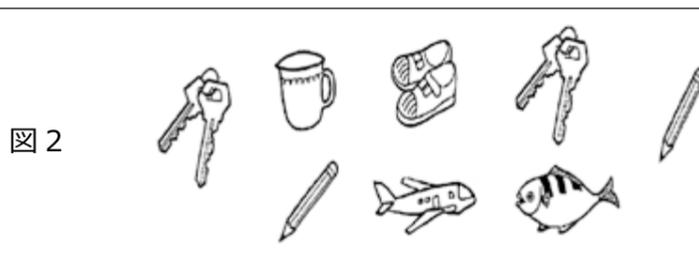
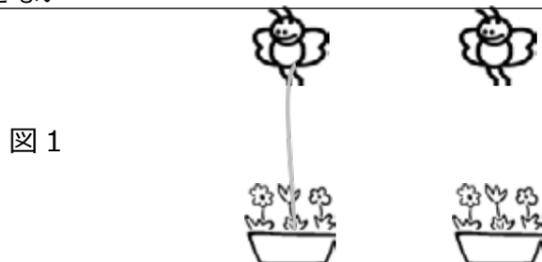
発達遅延のハイリスク因子

- ① 早産(在胎週数 36 週未満) ② 出生体重 2500g 未満 ③ いずれも該当なし
- 先天異常：
 - ① 染色体異常(例：ダウン症候群、ターナー症候群など)
 - ② 頭蓋顔面異常(例：口唇口蓋裂、外耳の先天異常など)
 - ③ 先天性代謝異常(例：フェニルケトン尿症、甲状腺機能低下など)
 - ④ 二分脊椎
 - ⑤ 頭蓋骨縫合早期癒合症
 - ⑥ 先天性心疾患
 - ⑦ 手足の欠損・奇形
 - ⑧ その他 _____
 - ⑨ いずれも該当なし
- 産前・妊娠期間または産後の問題：
 - ① 妊娠前三ヶ月間に風疹に感染した
 - ② 妊娠期間中に母体に不正出血で子宮収縮抑制処置、糖尿病、妊娠中毒症、梅毒、大量の飲酒、喫煙があった
 - ③ 出産の過程で胎心拍低下、胎便吸引、呼吸窮迫、窒息による低酸素状態で救命処置があった、保育器収容 _____日間
 - ④ 低アプガー指数：5分後<7(または≤6)：児童健康手帳の出生の記録表をご参照ください
 - ⑤ 出生後けいれん、無呼吸、繰り返す嘔吐、低体温または哺乳不良などがあった
 - ⑥ 重症黄疸により交換輸血をした
 - ⑦ その他 _____
 - ⑧ いずれも該当なし
- 脳疾患あるいは外傷：
 - ① 水頭症
 - ② 2口 出血または低酸素症
 - ③ 3口 脳の感染症
 - ④ てんかん
 - ⑤ 脳腫瘍
 - ⑥ その他 _____
 - ⑦ いずれも該当なし
- 家族歴および環境要因：
 - ① 近親者に視聴覚障害、知的障害、精神疾患がある
 - ② 社会経済的に不利な状況にある
 - ③ 孤児あるいは被虐待児である
 - ④ いずれも該当なし

発達チェックリスト

児童にあてはまる項目は「はい」に、あてはまらない項目は「いいえ」に○をつけてください。
注：(実際にやってみる)項目には図がありますので、実際にその図を用いてテストを行い、児童の反応を記録してください。

★ 1. 支えなしで容易にしゃがんでおもちゃで遊び、もとの立った姿勢に戻ることが可能である	はい	いいえ
2. 手すりまたは壁をほとんど使わずに階段を上ることができる	はい	いいえ
3. 走ることができる(姿勢が安定しない、またはよく転ぶ場合は「いいえ」を選ぶ)	はい	いいえ
4. 両足で連続してジャンプできる(両足が同時に地面から離れた後、同時に着地しなければならない。明らかに両足の力が均等でなく左右の高さが違う場合はクリアしたことにはならない)	はい	いいえ
5.(実際にやってみる)まっすぐな垂直線をまねて書ける(図1：先に大人が蜂とプランターの間に一本の直線を書いてお手本を見せた後、児童に書かせる。蜂とプランターが線が繋がれ、ほぼ切れていない直線であれば「はい」を選ぶ)	はい	いいえ
★ 6. 普段誰かと一問一答で会話を続けることができ、2～3語文の短い文章を使って適切に答えている	はい	いいえ
7. 少なくとも1種類の文で自ら質問ができる(例：～は何? なぜ～? 誰? ～はどこ?)	はい	いいえ
★ 8.(実際にやってみる)絵で示されている物の名前を4つ以上正確に言える(図2：大人が鉛筆、靴、鍵、魚、飛行機、コップの絵を指をさしながら「これは何?」と質問する)	はい	いいえ
9.(実際にやってみる)絵に関する説明を少なくとも2つ理解することができる(図2：大人が「ドアを開けるのに使うのはどれ? 水の中で泳いでいるのは? 字を書くのは? 足に履くのは? 飲むのは? 空を飛ぶのは?」と順番に質問する)	はい	いいえ
10.(実際にやってみる)同じ絵を探すことができる(図2：大人が左側の鍵と右側の鉛筆を別々に指差して「どれがこれと同じ?」と質問し、指したものが2つとも合っていればクリア)	はい	いいえ
11. 話してもはっきりせず、一番親しい大人でも理解できない	はい	いいえ
12. 「あなた」「わたし/ぼく」などの代名詞をいつも正しく使うことができない。例：(1)「あなた」と「わたし/ぼく」を反対に使う、(2)「わたし/ぼく」と言わずにいずれも名前(あだ名)を使う	はい	いいえ
13. テストの過程でかなり非協力的であり、以下の行動が一つでも見られる。(1)説明を聞かない、お手本を見ない、(2)大人の指差す方向を見ない、(3)大人に見られるのを嫌がる、(4)大人の持っている物を奪って自分で遊ぶ、(5)走り回って大人しくできない、(6)指示の意味がほとんど理解できない	はい	いいえ



網掛け欄の回答が2項目選択されている、あるいは上記の表において番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つ選択、または記入者が当該児童にその他普通でない様子・行動や態度があると考えられる場合、本表の裏面にある医療施設にて詳しい検査を行ってください。身体・精神障害手帳の有無を記入してください。

あり(身体・精神障害の種類 _____ 等級 _____) なし 申請中

網掛け欄に2つ以上の答えを選択していない、かつ番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つも選択していない場合は、この段この段階での検査を通過したことを表します。

お子様の発達に伴い、その年齢層に適したチェックリストを用いて発達の様子を継続的に経過を観察してください。

台北市政府 95年12月改訂第二版/108年印刷

.....(点線に沿って切り取ってください).....

児童発達スクリーニング回答書

児童氏名： _____ 検査機関： _____ 日時： _____

保護者の皆様へ

お子様のスクリーニング検査の結果は以下のとおりです：

現在の発達状況は年齢に合った発達をとげています。お子様を適切な時期に予防接種と健診へ忘れずにお連れください。

お子様は _____ か月/歳の検査、第 _____ 番目の項目において経過観察が必要です。

お子様は _____ か月/歳の検査、第 _____ 番目の項目において再検査が必要です。早期療育評価病院(中国語：早療評価醫院)にてお子様に詳しい検査を受けさせてください。その結果、以降の療育や関連する福祉による協力が必要となった場合、医師が「台北市政府社会局早期療育報告紹介センター(中国語名：臺北市政府社會局通報轉介中心)」へお子様の届出と紹介を行い、関係するサービスと情報を提供します。

* 就学前児童の発達チェックリスト オンライン検査—

台北市衛生局トップページ (<https://health.gov.taipei>) / 主題專區(カテゴリー) / 児童及青少年保健(児童および青少年保健) / 児童發展檢核資料下載(児童発達チェックリストダウンロード)。

* 就学前児童の発達チェックリストおよび台北市早期療育評価と早期療育施設一覧のダウンロード ----

台北市政府衛生局トップページ (<https://www.health.gov.taipei>) / 市民服務(市民サービス) / 特殊照護(特別なケア) / 児童早期療育(児童早期療育)

発達に関するご相談は、関係機関へお電話でお問い合わせください。(裏面をご参照ください。)



台北市就学前児童発達チェックリスト

5歳(4歳11か月16日～
5歳11か月15日)



検査機関： _____ 当該機関の電話番号： _____
 記録者氏名： _____ 身分： 医療職員 教師 福祉職員 保護者 その他 _____
 原国籍：父：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他(国名をご記入ください)： _____
 母：台湾中国タイインドネシアベトナムカンボジアミャンマーその他(国名をご記入ください)： _____

児童の基本情報

児童氏名： _____ 性別：男 女 記入日： _____年 _____月 _____日
 身分証の番号： □□□□□□□□□□ 生年月日： _____年 _____月 _____日 (早産の場合) 出産予定日： _____年 _____月 _____日
 実際年齢： _____歳 _____ヶ月 _____日 (必ずご記入ください)

本籍地：台北市 _____区 _____里 _____鄰
 居住地： _____
 電話番号：(日中) _____ (夜間) _____

発達遅延のハイリスク因子

- ① 早産(在胎週数 36 週未満) ② 出生体重 2500g 未満 ③ いずれも該当なし
- 先天異常：
 - ① 染色体異常(例：ダウン症候群、ターナー症候群など)
 - ② 頭蓋顔面異常(例：口唇口蓋裂、外耳の先天異常など)
 - ③ 先天性代謝異常(例：フェニルケトン尿症、甲状腺機能低下など)
 - ④ 二分脊椎
 - ⑤ 頭蓋骨縫合早期癒合症
 - ⑥ 先天性心疾患
 - ⑦ 手足の欠損・奇形
 - ⑧ その他 _____
 - ⑨ いずれも該当なし
- 産前・妊娠期間または産後の問題：
 - ① 妊娠前三ヶ月間に風疹に感染した
 - ② 妊娠期間中に母体に不正出血で子宮収縮抑制処置、糖尿病、妊娠中毒症、梅毒、大量の飲酒、喫煙があった
 - ③ 出産の過程で胎心拍低下、胎便吸引、呼吸窮迫、窒息による低酸素状態で救命処置があった、保育器収容 _____日間
 - ④ 低アプガー指数：5 分後 < 7(または ≤ 6)：児童健康手帳の出生の記録表をご参照ください
 - ⑤ 出生後けいれん、無呼吸、繰り返す嘔吐、低体温または哺乳不良などがあった
 - ⑥ 重症黄疸により交換輸血をした
 - ⑦ その他 _____
 - ⑧ いずれも該当なし
- 脳疾患あるいは外傷：
 - ① 水頭症
 - ② 2口 出血または低酸素症
 - ③ 3口 脳の感染症
 - ④ てんかん
 - ⑤ 脳腫瘍
 - ⑥ その他 _____
 - ⑦ いずれも該当なし
- 家族歴および環境要因：
 - ① 近親者に視聴覚障害、知的障害、精神疾患がある
 - ② 社会経済的に不利な状況にある
 - ③ 孤児あるいは被虐待児である
 - ④ いずれも該当なし

発達チェックリスト

児童にあてはまる項目は「はい」に、あてはまらない項目は「いいえ」に○をつけてください。
 注：(実際にやってみる)項目には図がありますので、実際にその図を用いてテストを行い児童の反応を記録してください。

★ 1. 支えなしで容易にしゃがんでおもちゃで遊び、もとの立った姿勢に戻ることが可能である	はい	いいえ
2. 走ることができる(姿勢が安定しない、またはよく転ぶ場合はクリアにはならない)	はい	いいえ
3. 両足で連続してジャンプできる(両足が同時に地面から離れた後、同時に着地しなければならない。明らかに両足の力が均等でなく左右の高さが違う場合はクリアにはならない)	はい	いいえ
4. 手すりまたは壁を使わず、足を片方ずつ交互に出して階段を上ることができる	はい	いいえ
5.(実際にやってみる) 図1のうちの三つの図形を見ながらまねて書く(図1：線が途切れたり、過度にはみ出したり隙間があいたりしておらず、角もうまくかけておりその数も正確である)	はい	いいえ
★ 6. 他人に自分の身に起こったことをきちんと説明することができる(例：先生に必要なことを伝達する、学校で起こったことを叙述するなど)	はい	いいえ
7.(実際にやってみる) 色の名前を4つ言える(図2：赤、黄色、青、緑の丸を順番に指を差しながら「これは何色?」と質問する)	はい	いいえ
8.(実際にやってみる) 「7個」の数量概念がある(図3：児童に「鉛筆で一つずつ黒丸を丸で囲んで、7個囲んだらやめて、鉛筆を返してください」と指示する。児童が6個や8個でやめたら、もう一度テストするように励まし、2回目の結果を採用する)	はい	いいえ
9.(実際にやってみる) アラビア数字を読むことができる(図4：5、8、7、4、6、3、9、2と順番に指を差しながら「この数字はなんて読むの?」と質問する。7個正解でクリア) 正解数を記録する： _____ / 8	はい	いいえ
★ 10. 話してもはっきりせず常にもう一度言わせる必要がある、または世話をしている大人が通訳することでやっと理解できる。	はい	いいえ
★ 11. すでに文を用いて話をしているが明らかに滑舌が悪く、10個の文のうち2つにどもりが見られ、その状態が半年以上続いている	はい	いいえ
★ 12. 常に独り言を言っていて、テープレコーダーのように自分の興味ある言葉を繰り返す言い、他人の反応には無頓着である	はい	いいえ
13. 以下の問題行動が一つでも存在し集団の中でも明らかに目立っている—(1) 授業中、椅子に座っていられず走り回る、あるいは教室から出て行ってしまふ (2) クラスメイトや先生との間にいつも言い争いや対立・衝突があり、孤立したり仲間はずれにされる (3) 普段から一人で遊び、自分から友達を作ることがない (4) 仕事を終える、活動に参加するなどクラスメイトについていけず、他人の協力が特別に必要である	はい	いいえ

図1

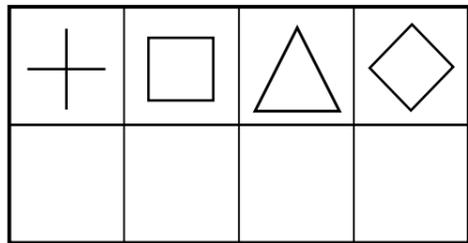


図2



図3



図4

5 8 7 4 6 3 9 2

網掛け欄の回答が2項目選択されている、あるいは上記の表において番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つ選択、または記入者が当該児童にその他普通でない様子・行動や態度があると考えられる場合、本表の裏面にある医療施設にて詳しい検査を行ってください。身体・精神障害手帳の有無を記入してください。

あり(身体・精神障害の種類 _____ 等級 _____) なし 申請中

網掛け欄に2つ以上の答えを選択していない、かつ番号の前に★がある答えを網掛け欄に1つも選択していない場合は、この段この段階での検査を通過したことを表します。

お子様の発達に伴い、その年齢層に適したチェックリストを用いて発達の様子を継続的に経過を観察してください。

台北市政府 95年12月改訂第二版/108年印刷

児童発達スクリーニング回答書

児童氏名： _____ 検査機関： _____ 日時： _____

保護者の皆様へ

お子様のスクリーニング検査の結果は以下のとおりです：

現在の発達状況は年齢に合った発達をとげています。お子様を適切な時期に予防接種と健診へ忘れずにお連れください。

お子様は _____ か月/歳の検査、第 _____ 番目の項目において経過観察が必要です。

お子様は _____ か月/歳の検査、第 _____ 番目の項目において再検査が必要です。早期療育評価病院(中国語：早療評価醫院)にてお子様に詳しい検査を受けさせてください。その結果、以降の療育や関連する福祉による協力が必要となった場合、医師が「台北市政府社会局早期療育報告紹介センター(中国語名：臺北市政府社會局通報轉介中心)」へお子様の届出と紹介を行い、関係するサービスと情報を提供します。

* 就学前児童の発達チェックリスト オンライン検査—

台北市衛生局トップページ (<https://health.gov.taipei>) / 主題專區(カテゴリー) / 児童及青少年保健(児童および青少年保健) / 児童發展檢核資料下載(児童発達チェックリストダウンロード)。

* 就学前児童の発達チェックリストおよび台北市早期療育評価と早期療育施設一覧のダウンロード ----

台北市政府衛生局トップページ (<https://www.health.gov.taipei>) / 市民服務(市民サービス) / 特殊照護(特別なケア) / 児童早期療育(児童早期療育)

発達に関するご相談は、関係機関へお電話でお問い合わせください。(裏面をご参照ください。)

