

※請家長或老師協助完成紅框內資料的填寫

桃園市「兒童整合性健康服務」報告單

範
本

一、基本資料

就學就讀：____ 幼兒園 (☐大班 ☐中班 ☐混齡班) ☐未就讀幼兒園
 檢查地：____ 區 檢查場次(單選)：☐幼兒園 ☐社區 ☐社區假日 ☐社區夜間
 姓名：____ 性別：☐男生 ☐女生 身分證字號：____ 生日：____ 年 ____ 月 ____ 日 (歲)
 聯絡電話：(1)____ (2)____
 戶籍地址：____ (市/縣)____ (區/鄉/鎮/市)____ 里 ____ 鄰 ____ 路(街)____ 段 ____ 巷 ____ 弄 ____ 號 ____ 樓
 現住地址：____ (市/縣)____ (區/鄉/鎮/市)____ 里 ____ 鄰 ____ 路(街)____ 段 ____ 巷 ____ 弄 ____ 號 ____ 樓
 主要照顧者是否為新住民(或外籍人士)：☐是，國籍____，關係____ ☐否
 疾病史：☐無 ☐有：____

二、檢查資料

◆身高：____ 公分 體重：____ 公斤 BMI：____ 報告發放日期：____ 年 ____ 月 ____ 日
 ◆發展篩檢(適齡兒童發展檢核表)：☐初篩無異狀 ☐篩檢表異常，轉介醫師 健康檢查日期：____ 年 ____ 月 ____ 日

檢查或處置項目	檢查或處置結果(請打勾)	請勾選(單選)	健檢人員蓋職章
體格生長	☐ 體重過輕 ☐ 體重過重 ☐ 其他：____ (單選)	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
發展	☐ 發展檢核異常，請說明：檢核表第____項，____。	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
眼睛	☐ 斜視 ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 其他：____ (可複選)	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
耳鼻喉	☐ 疑似中耳炎 ☐ 耳道畸形 ☐ 耳膜破損 ☐ 唇顎裂 ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 耳前瘻管 ☐ 耳聾栓塞 ☐ 過敏性鼻炎 ☐ 慢性鼻炎 ☐ 其他：____ (可複選)	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
頭頸	☐ 斜頸 ☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大 ☐ 其他：____ (可複選)	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
胸部	☐ 胸廓異常 ☐ 心雜音 ☐ 呼吸異常 ☐ 其他：____ (可複選)	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
腹部	☐ 肝脾腫大 ☐ 異常腫大 ☐ 疝氣 ☐ 其他：____ (可複選)	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
泌尿生殖	☐ 疝氣 ☐ 隱辜(男) ☐ 陰囊腫大(男) ☐ 包皮異常(男) ☐ 其他：____ (可複選)	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀 ☐ 不同意執行	
脊柱四肢	☐ 脊柱側彎 ☐ 多併 ☐ 關節變形 ☐ 水腫 ☐ 其他：____ (可複選)	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
皮膚	☐ 癬 ☐ 疣 ☐ 紫斑 ☐ 皮膚炎 ☐ 其他：____ (可複選) ※如有不明傷痕，或疑似家庭暴力、兒虐等情事，請依規定通報	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
視力檢查【4歲以上】	☐ 裸眼視力：左眼：____ 右眼：____ 矯正後：左眼：____ 右眼：____ (裸視與矯正2擇1) ☐ 未通過： ☐ 左眼 ☐ 右眼 ☐ 雙眼視差2行以上 ◆辨色力： ☐ 異常 ◆NTU 亂點立體圖： ☐ 立體感未通過 ☐ 不會看	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀 ☐ 免做	
聽力	◆測試音頻500-4000Hz ◆聽力篩檢環境噪音：____ dB(60dB以下) 聽力未通過： ☐ 左耳 ☐ 右耳 ☐ 未完成 ☐ 其它：____	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀	
口腔檢查	(1) ☐ 幼兒早期性齲齒(奶瓶性蛀牙) (2)齲齒：乳牙____顆；恆牙____顆 (3)填補：乳牙____顆；恆牙____顆 (4)乳牙缺牙：____顆 (5)待拔牙：____顆 (6)恆牙已長出：____顆 (7)其他異常： ☐ 口腔衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙周病 ☐ 咬合不正 其他：____ ◆請標示牙齒狀況 0 齲齒 X 缺牙 △已矯治/待拔牙	☐ 有異狀 ☐ 不需就診 ☐ 無異狀 氣漆種類： ☐ 1.Duraphat Dental Suspension-5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Colgate ☐ 2.Standard-Fluor Dental Gel-(2.4% Fluoride) Denmate ☐ 3.Profluorid Varnish-5% Sodium Fluoride(2.26% Fluoride) Voco ☐ 4.Clinpro Sodium Fluoride White Varnish(5% Sodium Fluoride) 3M ESPE ☐ 5.Fluor Protector Ivoclar Vivadent(0.1%Fluoride) ☐ 6."Centrix" Fluorodose 5% Sodium Fluoride Varnish ☐ 7.其他____	
牙齒塗氟	(1) ☐ 本次接受免費牙齒塗氟 (2)下次可免費牙齒塗氟日期____ ☐ 無 (3) ☐ 不符合免費牙齒塗氟兒童(☐ 無家長同意書 ☐ 無健保 IC 卡 ☐ 超過6歲 ☐ 未間隔半年 ☐ 無兒童健康手冊之黃卡) ※氣漆塗完後注意事項： 1.牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氣漆黏附。 2.半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。 3.當天不要刷牙與進食粗糙食物。		
醫師總評	☐ 無異狀不需轉介 ☐ 塗氟追蹤管理 ☐ 有異狀，需進一步就診(複選)： ☐ 牙科 ☐ 小兒科/耳鼻喉科 ☐ 眼科 ☐ 疑似發展異常(小兒科/復健科/心智科) ☐ 其它：____	醫師職章： 黃色框由醫療單位當天填寫	
	◆檢查異常者，請家長帶至合格醫療院所，做進一步的檢查，並將矯治回條繳回學校或原檢查醫療院所，謝謝！		

桃園市兒童整合性健康服務異常矯治回條

【流水編號】

☐須就診，建議家長三週內至醫療院所複檢，並將回條交給老師(未就學兒童請交回原檢查醫療院所)，以便追蹤貴子弟健康情形，謝謝！

就讀：____ 幼兒園 ____ 班 姓名：____

※請家長或老師協助完成紅框內資料的填寫

複檢科別	日期	就診院所核章	複檢醫師核章	就診結果	矯治追蹤建議
☐ 牙科				☐ 複檢無異狀或不需治療 ☐ 已痊癒 ☐ 矯治中(單選)	
☐ 小兒科/耳鼻喉科				☐ 複檢無異狀或不需治療 ☐ 已痊癒 ☐ 矯治中(單選)	
☐ 疑似發展異常 (小兒科/復健科/心智科)				☐ 複檢無異狀或不需治療 ☐ 已痊癒 ☐ 矯治中(單選)	
☐ 眼科				☐ 複檢無異狀或不需治療(填此項不得填其他項)(下列可複選) 弱視： ☐ 雙眼 ☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ 矯正視力0.5以下 斜視： ☐ 內斜 ☐ 外斜 ☐ 上下斜 ☐ 其他斜視 ☐ 單眼斜視 ☐ 屈光不正：(需戴鏡) ☐ 近視： ☐ 雙眼 ☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ 二百度以上 ☐ 遠視： ☐ 雙眼 ☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ 三百度以上 ☐ 散光(≥75度)： ☐ 雙眼 ☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ ≥200度 ☐ 雙眼不等視(指球面度數或散光度數兩眼相差≥100度) ☐ 雙眼不等視≥200度 其他：____	☐ 配鏡治療 ☐ 遮眼治療 ☐ 藥物治療 ☐ 手術治療 ☐ 定期追蹤 ☐ 其他：____ (可複選)
☐ 其它：____				☐ 複檢無異狀或不需治療 ☐ 已痊癒 ☐ 矯治中(單選)	
☐ 塗氟追蹤管理				☐ 塗氟後無不良反應 ☐ 塗氟後3日內有嘔心嘔吐 ☐ 其他	

※請複檢醫師及院所於「就診院所欄」及「複檢醫師欄」核章※

家長簽章：____ 日期：____

桃園市 112 年兒童整合性健康服務(含補檢)通知單 及資料提供同意書

親愛的家長您好

桃園市政府衛生局於 112 年____月____日(星期____)時間:____
安排專業醫療團隊到☐幼兒園(名稱)____☐社區(地址)____
為小寶貝進行兒童整合性健康服務檢查項目包括視力、聽力檢查及身體檢查:

1. 身體檢查項目包含視力、聽力、口腔檢查、體格生長、發展、眼睛、耳鼻喉、頭頸、胸部、腹部、泌尿生殖、脊柱四肢、皮膚、檢查等。
2. 牙齒塗氟服務對象: 未滿 6 歲兒童且與前一次塗氟日期相隔半年。
3. 健康檢查當天請兒童準時到校, 以確保小寶貝的權益哦!

☐如檢查當日請假或因故未受檢, 請接受補檢, 請於

112 年____月____日(星期____)時間____地點____接受補檢

◎ 愛的叮嚀:

➤因身體檢查項目包括泌尿生殖檢查(男童檢查隱罩、疝氣、陰囊腫大及包皮異常, 女童檢查腹股溝疝氣)項目, 請家長勾選是否同意您的子女受檢, 請簽名後, 於 112 年____月____日(星期____)前繳回班級老師, 社區檢查交檢查醫療團隊。

※請家長務必完成紅框內各項勾選, 未勾選等於不同意

, 請家長配合醫師建議事項, 作豐健康, 謝謝您!

桃園市 112 年度兒童整合性健康服務資料提供同意書回條

☐我同意 或 ☐我不同意 由衛生局協助安排醫療團隊到園所為貴子女進行「兒童整合性健康服務」。

☐我同意 或 ☐我不同意 接受泌尿生殖(疝氣、隱罩)等檢查項目

☐我同意我的小孩, 接受本次牙齒塗氟, 於____月____日帶健保 IC 卡及兒童健康手冊之黃卡到幼兒園或指定社區地點。

☐我不同意我的小孩, 接受本次牙齒塗氟。

1. ☐由家長自行前往牙醫門診塗氟。

2. ☐我的小孩已於____年____月____日接受過塗氟服務, 預計於半年後(____年____月____日), 將自行前往牙醫門診塗氟。

3. ☐因為孩子有特殊體質或其他原因: _____。

*我了解當日若經醫師口腔檢查後判定不宜塗氟, 或健保 IC 卡經刷卡後發現已於半年內執行過塗氟或超過 72 月齡或未攜帶兒童健康手冊之黃卡, 則無法提供本項服務。

☐我同意 或 ☐我不同意 提供健康檢查結果作為本市兒童健康情形調查之用

說明: 為瞭解本市學齡前兒童健康情形及變化, 敬請貴家長同意提供貴子女健康檢查結果, 供本市學齡前兒童健康情形研究及檔案串聯之用。本資料將僅作公共衛生調查及政策效益分析之用, 不對外公開。如發表研究時亦以匿名方式及整體研究結果呈現。如您不同意, 本局將不會使用貴子女健康檢查結果報告, 進行研究及檔案串聯, 不影響您與貴子女相關權益。

貴子女姓名: _____ 家長簽章: _____ (簽章)日期: _____

※要塗氟請攜帶健保卡及兒童健康手冊

範本

桃園市政府學前兒童發展檢核表

滿4歲(3歲11個月16天~4歲11個月15天)

流水編號：



請協助填寫流水編號

兒童基本資料 (* 為必填欄位)

* 姓名：_____ 性別： ☐男 ☐女 * 出生日期：_____年_____月_____日
 * 身分證字號：_____ ☐早產兒
 * 檢核日期：_____年_____月_____日 _____歲_____個月_____天
 原住民身份：☐是 ☐否 國籍：_____
 身心障礙手冊：☐有(身心障礙) _____
 戶籍地址：_____市/縣_____區/鄉/鎮/市_____里_____鄰_____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓
 聯絡住址：_____市/縣_____區/鄉/鎮/市_____里_____鄰_____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓
 * 電話：(日)_____ (夜)_____ 手機：_____

請家長或老師協助完成紅框內資料

填表人姓名：_____ 檢核單位：_____ 單位電話：_____
 填表人身分：☐醫療人員 ☐老師 ☐社政人員 ☐家長 ☐其他_____

發展里程碑檢核(每位小朋友僅需根據實足年齡選擇一個適當的年齡層項目檢核即可)

滿4歲(3歲11個月16天~4歲11個月15天)

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)及*的題項表示附有圖形或需實地測試，請確實進行測試，再記錄兒童反應。

- | | | |
|---|---|---|
| * 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「哪隻小鳥在牛的上頭?下頭?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，或像錄音機一樣重複說自己有興趣的事，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

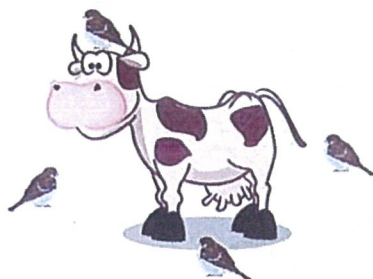


圖3



圖4



請家長或老師協助完成題目以及實作題

◎若通過發展里程碑檢核的所有題目，仍請隨著小孩的發展，按檢核表的年齡層持續追蹤檢核。

◎有任何二題答案是圈選在網底欄內，或題號前有「*」之任何一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，請參考本表背面所列之醫療院所做進一步檢查。



桃園市 112 年「兒童整合性健康服務」勞務採購案兒童健康行為調查表

親愛的家長您好：

為瞭解本市學齡前兒童健康行為與健康情形之關係，敬請貴家長填寫並同意提供本問卷作為本市兒童健康行為與健康情形調查之用。本問卷將僅作公共衛生分析不對外公開並為本局調查結果呈現。如您不同意，不影響您與本局之合作關係。謝謝您的協助！讓我們為桃園市兒童的健康一起努力！

※ 請家長完成是否同意提供研究並勾選，若不同意則不用寫以下題目

範本

☐我同意 或 ☐我不同意 提供本問卷作為本市兒童健康行為與健康情形調查之用
貴子女姓名：_____ 家長簽章：_____（簽章）日期：_____

一、受訪者基本資料

桃園市政府衛生局 關心您

1. 兒童健檢流水號：_____（由醫療院所回收問卷時填寫）
2. 與健檢兒童的關係：

填寫日期：_____年_____月_____日

※ 請協助填寫報告三聯單上的編號
※ 若表單有遺失可快速做確認
※ 此編號會在健檢時做再度確認

☐母 ☐⑤外祖父 ☐

※ 請家長協助填寫日期

☐④工 ☐⑤商 ☐⑥服務 ☐⑦家管

4. 教育程度：

- ☐①國中以下 ☐②高中職 ☐③大專院校 ☐④研究所以上

5. 年齡：

- ☐①<20 歲 ☐②20-29 歲 ☐③30-39 歲
☐④40-49 歲 ☐⑤50-59 歲 ☐⑥≥60 歲

二、兒童「用眼」行為調查

1. 您的孩子上星期平均每天看電視的時間約為？
☐①從來沒有 ☐②<0.5 小時 ☐③1 小時 ☐④1.5 小時
☐⑤2 小時 ☐⑥2.5 小時 ☐⑦3 小時 ☐⑧3.5 小時
2. 您的孩子上星期平均每天看電腦的時間約為？
☐①從來沒有 ☐②<0.5 小時 ☐③1 小時 ☐④1.5 小時
☐⑤2 小時 ☐⑥2.5 小時 ☐⑦3 小時 ☐⑧3.5 小時
3. 您的孩子上星期平均每天玩手機、平板電腦或掌上型電動玩具的時間約為？
☐①從來沒有 ☐②<0.5 小時 ☐③1 小時 ☐④1.5 小時
☐⑤2 小時 ☐⑥2.5 小時 ☐⑦3 小時 ☐⑧3.5 小時
4. 您的孩子上星期平均每天戶外運動時間約為？
☐①從來沒有 ☐②<0.5 小時 ☐③1 小時 ☐④1.5 小時
☐⑤2 小時 ☐⑥2.5 小時 ☐⑦3 小時 ☐⑧3.5 小時
☐⑨4 小時 ☐⑩≥4.5 小時

三、兒童每天「潔牙」行為調查

1. 請問您會要求孩子一天刷幾次牙？
☐①一天 3 次以上 ☐②一天 2 次 ☐③一天 1 次
2. 請問您會幫忙孩子刷牙？
☐①每次都會協助 ☐②偶爾協助 ☐③很少協助 ☐④沒有協助只要求

3. 您的孩子刷牙時通常刷多久？

☐①<1 分鐘 ☐②2 分鐘 ☐③≥3 分鐘

4. 請問您會要求孩子吃完甜食要潔牙嗎？

☐①每次都會要求 ☐②偶爾要求 ☐③很少要求 ☐④沒有要求

5. 請問您多久帶孩子做口腔檢查？

☐①一個月 ☐②三個月 ☐③半年 ☐④一年 ☐⑤牙痛才檢查

四、兒童「運動」行為調查

1. 有關您孩子的運動頻率約為？

☐①每天 ☐②每週 3 次 ☐③每週 2 次 ☐④每週 1 次
☐⑤每月 2 次 ☐⑥每月 1 次 ☐⑦從不(請回答下題)

1-1. 不喜歡運動的原因為：

☐①場地不適宜 ☐②身體狀況不適合 ☐③時間太少 ☐④父母不喜歡運動

2. 有關您孩子每次運動的持續時間約為？

☐①<10 分鐘 ☐②10-30 分鐘 ☐③30 分鐘~1 小時 ☐④1 小時~1.5 小時 ☐⑤≥2 小時

五、兒童「飲食」行為調查

	從不：0 次/週	很少：1-2 天/週	經常：3-4 天/週	總是：5-6 天/週	每日：≥1 次/日
	從	很	經	總	每
		少	常	是	日
		如	如	如	如
	不	此	此	此	此
1. 請問您的孩子最近一週內，每日有吃到兩份以上的蔬菜嗎？ (以家用小瓷碗盛裝，裝滿一碗之熟蔬菜即為 2 份)	☐	☐	☐	☐	☐
2. 請問您的孩子最近一週內，每日有吃到至少兩份的水果嗎？ (以家用小瓷碗盛裝，裝滿一碗之切好水果即為 1 份)	☐	☐	☐	☐	☐
3. 請問您的孩子最近一週內，每日有喝到至少兩杯的牛奶嗎？ (以一般大小之馬克杯盛裝，240 c.c 即為 1 杯)	☐	☐	☐	☐	☐
4. 只在正餐時間進食嗎？	☐	☐	☐	☐	☐
5. 進食時邊看電視嗎？	☐	☐	☐	☐	☐
6. 飲用含糖的飲料嗎？	☐	☐	☐	☐	☐
7. 食用高熱量高油脂食物(如薯條、炸雞)嗎？	☐	☐	☐	☐	☐
8. 食用高糖甜食、點心等零食(如：蛋塔、鳳梨酥、蛋糕)嗎？	☐	☐	☐	☐	☐

謝謝您撥空填寫此份問卷，桃園市政府衛生局 關心您！！

視力關懷檢核表

範
本

- 基本資料(健檢流水編號_____)
- ◆ 個案姓名：_____ 接受衛教者與個案關係：_____
- ◆ 出生年月：_____年_____月 聯絡電話：_____
- ◆ 就讀_____幼兒園_____班
- ◆ 記錄日期：_____年_____月_____日

※ 請家長協助將紅框內的資料填寫完成(連同流水編號)，並繳回學校

	有做到	要改進
小時，每週至少達到 14 小時		
寫字、畫畫..等)，每 30 分鐘		
休息 10 分鐘，每天總時數少於 1 小時		
3. 早睡早起，睡眠充足		
二、第 2 招：均衡飲食要做到		
1. 多攝取維生素 A、B、C 群，及深綠色蔬果		
2. 日常飲食種類多樣化、不偏食		
三、第 3 招：閱讀習慣要養成		
1. 看書或拿筆寫字、畫畫等，保持 35-40 公分的距離		
2. 不在搖晃的車上閱讀，也不要躺著、趴著看書		
四、第 4 招：讀書環境要注意		
1. 光線要充足，桌面照度至少 350 米燭光以上		
2. 書桌高度要讓手肘自然下垂平放，椅面要讓臀部坐滿，雙腳要踩到地		
五、第 5 招：坐姿要正確		
1. 書桌光線不直接照射眼睛，習慣用右手寫字的人，檯燈放左前方，左撇子則在右前方		
2. 姿勢端正，兩肩放輕鬆，腰打直，不歪頭、不趴著		
六、第 6 招：定期檢查要知道		
滿 4 歲前應至眼科進行視力檢查；每年固定 1-2 次視力檢查		
七、對高度近視的危害認知		知道 不知道
1. 幼兒一旦發生近視，每年平均增加約 100 度，日後變成高度近視的機會很大，且產生併發症的機會也相對提高		
2. 高度近視指近視 > 500 度，多因學齡前近視並持續惡化至高中畢業，缺乏戶外活動並大量近距離使用眼力常導致近視發生		
3. 近視相關的併發症有：白內障、青光眼、視網膜剝離、黃斑裂孔、黃斑出血及黃斑退化，這些情況都不易治療，甚至有 10 % 會導致失明		

資料來源：國民健康署網站