

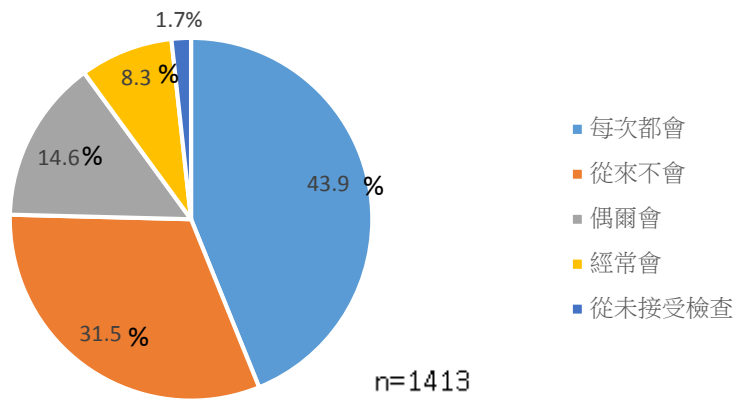
兒童預防保健補助時程及服務項目

補助時程	建議年齡	服務項目
出生六天內	出生六天內	<p>身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般外觀、頭、眼睛、耳、鼻、口腔、頸部、心臟、腹部、外生殖器及肛門、四肢（含髖關節篩檢）、皮膚及神經學檢查等。</p> <p>篩檢服務：新生兒先天性代謝異常疾病篩檢（出生滿48小時）、新生兒聽力篩檢。</p>
出生至二個月	一個月	<p>身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔、對聲音之反應、唇顎裂、心雜音、疝氣、隱睪、外生殖器、髖關節篩檢。</p> <p>問診項目：餵食方法。</p> <p>發展診察：驚嚇反應、注視物體。</p>
二至四個月	二至三個月	<p>身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、肝脾腫大、髖關節篩檢、心雜音。</p> <p>問診項目：餵食方法。</p> <p>發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。</p>
四至十個月	四至九個月	<p>身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位瞳孔及固視能力、髖關節篩檢、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。</p> <p>問診項目：餵食方法、副食品添加。</p> <p>發展診察：翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、用手拿開蓋在臉上的手帕（四至八個月）、會爬、扶站、表達“再見”、發Y、N Y音（八至九個月）。</p> <p>*牙齒塗氟：每半年1次。</p>
十個月至一歲半	十個月至一歲半	<p>身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音反應、心雜音、口腔檢查。</p> <p>問診項目：固體食物。</p> <p>發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。</p> <p>*牙齒塗氟：每半年1次。</p>
一歲半至二歲	一歲半至二歲	<p>身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【須做斜弱視檢查之遮蓋測試】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。</p> <p>問診項目：固體食物。</p> <p>發展診察：會走、手拿杯、模仿動作、說單字、瞭解口語指示、肢體表達、分享有趣東西、物品取代玩具。</p> <p>*牙齒塗氟：每半年1次。</p>
二至三歲	二至三歲	<p>身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心雜音、口腔檢查。</p> <p>發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。</p> <p>*牙齒塗氟：每半年1次。</p>
三至未滿七歲	三至未滿七歲	<p>身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【得做亂點立體圖】、心雜音、外生殖器、口腔檢查。</p> <p>發展診察：會跳、會蹲、畫圓圈、翻書、說自己名字、瞭解口語指示、肢體表達、說話清楚、辨認形狀或顏色。</p> <p>*牙齒塗氟：每半年1次。</p> <p>※ 預防接種是否完整。</p>

兒童衛教指導服務補助時程及服務項目

補助時程	服務項目
出生 至 2 個月	提供嬰兒哺餵、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防等衛教指導。 備註：搭配第 1 次兒童預防保健申報。
2-4 個月	提供嬰兒餵食與口腔清潔、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防等衛教指導。 備註：搭配第 2 次兒童預防保健申報。
4-10 個月	提供哺餵及營養指導、副食品添加、口腔清潔與乳牙照護、事故傷害預防等衛教指導。 備註：搭配第 3 次兒童預防保健申報。
10 個月 至 1 歲半	提供幼兒哺餵、副食品添加、餵食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防等衛教指導。 備註：搭配第 4 次兒童預防保健申報。
1 歲半至 2 歲	提供幼兒飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防等衛教指導。 備註：搭配第 5 次兒童預防保健申報。
2-3 歲	提供幼兒飲食習慣、用餐環境、口腔與視力保健、事故傷害預防等衛教指導。 備註：搭配第 6 次兒童預防保健申報。
3 歲 至 未滿 7 歲	提供兒童習慣養成、口腔與視力保健、事故傷害預防等衛教指導。 備註：搭配第 7 次兒童預防保健申報。

健檢前是否事先填列「家長紀錄事項」欄



備註：

1.資料來源：102 年國民健康訪問調查(NHIS)

2.完訪樣本數採本題實際完訪樣本數之最大可利用值，百分比均經加權處理。樣本數為 1,413 人

3.問卷題目：D8d「他接受兒童健康檢查(兒童預防保健服務)前，您們是否事先填列手冊內的「家長紀錄事項」欄，以提供醫護人員參考??」

選項：0 從來不會 1 偶爾會 2 經常會 3 每次都 4 從未接受過檢查

出生至二個月 家長記錄事項

*請家長於寶寶接受健康檢查前，務必將下列事項填寫完整

以下是記錄於_____年____月____日（年齡____月____天）

1. 寶寶於出生後____天自生產院所返家。
2. 是否已接受新生兒先天性代謝異常疾病篩檢？ 是，否
3. 是否已接受新生兒聽力篩檢？ 是，否
4. 出生至今生過病嗎？住過院嗎？請記錄在下面：

5. 餵食狀況：
母乳，1天餵食約_____次。
嬰兒配方奶粉，約_____小時餵奶1次，1天餵食_____次，
 每次_____C.C.，奶粉_____匙，廠牌_____。
 有任何餵食問題嗎？_____
6. 大便狀況：1天解_____次或_____天解1次大便。
 顏色 正常，不正常，不正常或介於正常或不正常之間請立即
 就醫（請參閱第4頁嬰兒大便卡說明）
 形狀 糊狀，水稀狀，條狀，其他_____
7. 發展狀況：
 (1) 清醒時俯臥，是否能將頭稍微抬離床面？ 是，否
 (2) 出現巨大聲音時，是否會驚嚇得手腳伸開或哭出來？ 是，否
 (3) 用手電筒照射寶寶的眼睛，他是否會眨眼？ 是，否
 (4) 在耳邊搖動鈴鐺或其他會發出聲音的東西，是否會有反應（眨眼、驚嚇、突然安靜下來、稍微轉頭等）？ 是，否
8. 請您將其他育兒方面擔心的事或想請教醫師的問題，記錄在下面：
