แบบคัดกรองคนพิการทางการศึกษา

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ ..... ปี .....เดือน
ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

คำชี้แจง

๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น

๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง “ ใช่ ” หรือ “ไม่ใช่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของเด็ก

๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑	มักก้มศีรษะมองสิ่งของ หนังสือ รูปภาพหรือ นำเข้ามาดูใกล้ๆ ตา		
๒	เมื่อดูป้ายข้อความ รูปภาพ วัตถุสิ่งของต่างๆ ตามสาธารณะ ต้องเข้าไปดูใกล้ๆ		
๓	ขณะอ่านหนังสือ มักจะอ่านซ้ำบรรทัดเดิม หรืออ่านข้ามบรรทัด		
๔	มักใช้ประสาทสัมผัสส่วนอื่น เพื่อสำรวจ / หาสิ่งของ ควบคู่กับการใช้สายตา		
๕	บอกรายละเอียดของภาพหรือสิ่งของไม่ได้		
๖	เดินด้วยความระมัดระวังกว่าปกติ เดินไม่คล่องตัว มักชนและสะดุดวัตถุ		
๗	หรี่ตา กระพริบตา ขยี้ตา กดตา เมื่อใช้สายตามากๆ		
๘	เคลื่อนศีรษะไปมา เพื่อหาจุดที่มองเห็นชัดที่สุด		
๙	มักมีอาการปวดศีรษะ ปวดตา ตาลาย คันตา มองเห็นสิ่งของเคลื่อนไหวไปมา		
๑๐	บอกความแตกต่างของสีที่ใกล้เคียงกัน หรือสีที่ไม่ตัดกันไม่ได้ เช่น สีเขียวกับสีฟ้า สีแดงกับสีส้ม		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๕ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้จักษุแพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

<u>คำยินยอมของผู้ปกครอง</u>

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว).....

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.)..... ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง

(.....)

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ ..... ปี .....เดือน
ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

คำชี้แจง

๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น

๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง “ ใช่ ” หรือ “ไม่ใช่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของเด็ก

๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑	ไม่หันศีรษะหาเสียงเมื่อเรียกชื่อจากข้างหลัง		
๒	ไม่ตอบสนองหรือหันไปมองที่มาของเสียงซึ่งเกิดอยู่รอบๆ ห้อง		
๓	มักใช้ท่าทางในการสื่อความหมายกับผู้อื่นไม่ใช้ภาษาพูด		
๔	ออกเสียงในระดับเดียวกันแต่ไม่เป็นคำ		
๕	ในการสนทนาจะมองปากหรือจ้องหน้าจ้องตาผู้พูดตลอดเวลา		
๖	ตอบไม่ตรงคำถามหรือไม่ตอบคำถาม		
๗	พูดตามหรือเลียนเสียงพูดไม่ได้		
๘	เป็นหรือเคยเป็นโรคหูน้ำหนวก		
๙	การแสดงออกทางพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ส่งเสียงดังมากกว่าปกติ เช่น การเดินลงส้นเท้า การรับประทานอาหารโดยช้อนกระทบจาน เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๓ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)
(.....)
ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)
(.....)

<u>คำยินยอมของผู้ปกครอง</u>

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว).....
☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.)..... ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง
(.....)

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ ..... ปี .....เดือน
ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

คำชี้แจง

๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น

๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง " ใช่ " หรือ "ไม่ใช่ " ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของเด็ก

๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	<u>ทักษะการสื่อสาร</u>		
๑	ใช้ภาษาไม่สมวัย		
๒	ไม่เข้าใจคำสั่ง ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้		
	<u>ทักษะการดูแลตนเอง</u>		
๓	ไม่สามารถ หรือสามารถดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันได้น้อย ในการรับประทานอาหาร / การอาบน้ำ / แปรงฟัน / การแต่งกาย		
๔	ไม่สามารถทำความสะอาดหลังการขับถ่าย		
	<u>ทักษะการดำรงชีวิตภายในบ้าน</u>		
๕	ต้องกระตุ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่เสมอ		
๖	ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ต่ำกว่าวัย		
	<u>ทักษะทางสังคม/การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น</u>		
๗	ชอบเล่นกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า หรือไม่สามารถเล่นกับเพื่อนตามวัย		
๘	เล่นเลียนแบบผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสมกับวัย		
	<u>ทักษะการรู้จักใช้ทรัพยากรในชุมชน</u>		
๙	มีปัญหาด้านพฤติกรรมในการใช้สิ่งของสาธารณะประโยชน์ เช่น ชอบทำลายหรือใช้อย่างไม่ระมัดระวัง		
๑๐	ไม่รู้จักวิธีการใช้ การจัดเก็บ และการดูแลรักษา ของส่วนรวม		
	<u>ทักษะการรู้จักดูแลควบคุมตนเอง</u>		
๑๑	เอาแต่ใจตนเอง มีอารมณ์โกรธ ฉุนเฉียวบ่อย ๆ		
๑๒	ไม่สามารถควบคุมตนเองทำตามสิ่งที่ต้องทำ		
	<u>ทักษะการนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน</u>		
๑๓	ลืมง่าย / จำในสิ่งที่เรียนมาแล้วไม่ได้		
๑๔	ไม่สามารถนำทักษะที่เรียนรู้ไปแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	ทักษะการทำงาน		
๑๕	ช่วงความสนใจสั้น ไม่สามารถรับผิดชอบงานที่ต้องทำ		
๑๖	ทำตามคำสั่งต่อเนื่อง ๒ คำสั่งขึ้นไปได้ยาก สับสนง่าย		
	ทักษะการใช้เวลาว่าง		
๑๗	สนใจสิ่งรอบตัวน้อย		
๑๘	ใช้เวลาว่างแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม		
	ทักษะการรักษาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย		
๑๙	ดูแลสุขภาพตนเองได้น้อย เช่น ล้างมือไม่เป็น หรือไม่รู้จักรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์		
๒๐	มีความระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยตนเองน้อย		

หมายเหตุ ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวต้องเทียบเคียงกับพัฒนาการของเด็กทั่วไป

เกณฑ์การพิจารณา

แต่ละทักษะจะต้องมีผลการวิเคราะห์พฤติกรรมทักษะว่าใช่ทั้ง ๒ ข้อ แสดงว่าไม่ผ่านทักษะนั้น และหากว่าพบทักษะการปรับตัวไม่ผ่านตั้งแต่ ๒ ทักษะขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว).....

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.)..... ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง

(.....)

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ ..... ปี .....เดือน
ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

คำชี้แจง

๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น

๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง “ ใช่ ” หรือ “ไม่ใช่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของเด็ก

๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	ด้านร่างกาย		
๑	มีอวัยวะไม่สมส่วน หรือแขน ขา ลีบ		
๒	มีอวัยวะขาดหายไปและเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต		
๓	มีการผิดรูปของกระดูกและข้อ		
๔	มีลักษณะกล้ามเนื้อแขนขาเกร็ง		
๕	มีลักษณะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง		
	ด้านการเคลื่อนไหว		
๖	มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ทิศทางการเคลื่อนไหว และจังหวะการเคลื่อนไหว เช่น กระตุก เกร็ง		
๗	ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ด้วยตนเอง		
๘	ไม่สามารถลุกขึ้นยืนได้ด้วยตนเอง		
๙	ไม่สามารถยืนทรงตัวได้ด้วยตนเอง		
๑๐	ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	ด้านสุขภาพ		
๑๑	มีความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เช่น ๑๑.๑ ประสบอุบัติเหตุ ผ่าตัด เป็นต้น ๑๑.๒ เป็นโรคเรื้อรังหรือมีภาวะผิดปกติของระบบต่างๆ ดังต่อไปนี้ ระบบโลหิต เช่น ภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ธาลัสซีเมีย ไขกระดูกฝ่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหัวใจรูมาติก ระบบไต เช่น โรคเนโฟรติก โรคไตเรื้อรัง ระบบประสาท เช่น อัมพาต สมองพิการ ลมชัก ระบบหายใจ เช่น หอบหืดโรคปอด ระบบภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ เช่น ข้ออักเสบ–รูมาตอยด์ , SLE (เอส แอล อี) ระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน แคระ หรือโตผิดปกติ ระบบผิวหนัง เช่น เด็กดักแด้ เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ด้านร่างกาย และด้านการเคลื่อนไหว

ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ ๑ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ด้านสุขภาพ

ถ้าตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

<u>คำยินยอมของผู้ปกครอง</u>

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ
(ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว).....
☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.).....
ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง
(.....)

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (ประถมศึกษา)

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ ..... ปี .....เดือน
ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

คำชี้แจง

๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น

๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง " ใช่ " หรือ "ไม่ใช่ " ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของเด็ก โดยเปรียบเทียบกับเด็กทั่วไปในชั้นเรียน

๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ครูผู้สอน ครูประจำชั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ส่วนที่ ๑ การวิเคราะห์เบื้องต้น / ข้อมูลพื้นฐานของบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑	ดูฉลาดหรือปกติ ในด้านอื่น ๆ นอกจากในด้านการเรียน		
๒	มีปัญหาทางการเรียน ซึ่งอาจทำไม่ได้เลยหรือทำได้ต่ำกว่า ๒ ชั้นเรียน ในด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า ๑ ด้าน ต่อไปนี้ ๑.๑ ด้านการอ่าน ๑.๒ ด้านการเขียน ๑.๓ ด้านการคำนวณ		
๓	ไม่มีปัญหาทางด้านการเห็น การได้ยิน สติปัญญา หรือออทิสติก หรือจากการถูกละทิ้ง ละเลย หรือความด้อยโอกาสอื่น ๆ		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๓ ข้อ แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ควรสังเกตในส่วนที่ ๒ ต่อ

ผลการพิจารณาส่วนที่ ๑

☐ พบ ☐ ไม่พบ (ถ้าพบสังเกตในส่วนที่ ๒ ต่อ)

ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์ความบกพร่องทางการเรียนรู้ของเด็กในแต่ละด้าน

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	๑. ด้านการอ่าน		
๑	อ่านช้า อ่านข้าม อ่านไม่หมด		
๒	จำคำศัพท์คำเดิมไม่ได้ ทั้งๆ ที่เคยผ่านสายตามาแล้วหลายครั้ง		
๓	อ่านเพิ่มคำ ซ้ำคำ อ่านผิดตำแหน่ง		
๔	อ่านสลับตัวอักษรหรือออกเสียงสลับกัน เช่น บก อ่านเป็น กบ		
๕	สับสนในพยัญชนะคล้ายกัน เช่น ก ภ ถ, ภ ฎ ฏ, ด ต ค		
๖	จำศัพท์ใหม่ไม่ค่อยได้		
๗	มีปัญหาในการผสมคำ การอ่านออกเสียงคำ		
๘	สับสนคำที่คล้ายกัน เช่น บาน/ บ้าน		
๙	อ่านคำที่ไม่คุ้นเคยไม่ได้		
๑๐	อ่านคำในระดับชั้นของตนเองไม่ได้		
	๒. ด้านการเขียน		
๑	ไม่ชอบและหลีกเลี่ยงการเขียน หรือการลอกคำ		
๒	เขียนไม่สวยไม่เรียบร้อย สกปรก ขีดทิ้ง ลบทิ้ง		
๓	เขียนตัวอักษรและคำที่คล้ายๆ กันผิด		
๔	ลอกคำบนกระดานผิด (ลอกไม่ครบตกหล่น)		
๕	เขียนหนังสือไม่เว้นวรรค ไม่เว้นช่องไฟ ตัวอักษรเบียดกัน จนทำให้อ่านยาก		
๖	เขียนสลับตำแหน่งระหว่างพยัญชนะ สระ เช่น ตโ		
๗	เขียนตามคำบอกของคำในระดับชั้นตนเองไม่ได้		
๘	เขียนตัวอักษรหรือตัวเลขกลับด้าน คล้ายมองกระจกเงา เช่น ๖ ๘, ๗ ๙		
๙	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขที่มีลักษณะคล้ายกันสลับกัน เช่น ม-น, ด-ค, พ-ย, b-d, p-q, ๖-๙		
๑๐	เรียงลำดับตัวอักษรผิด เช่น สถิติ เป็น สติถิ		
	๓. ด้านการคำนวณ		
๑	นับเลขเรียงลำดับ นับเพิ่ม นับลดไม่ได้		
๒	ยากลำบากในการบวก,ลบ จำนวนจริง		
๓	ยากลำบากในการใช้เทคนิคการนับจำนวนเพิ่มทีละ ๒, ๕, ๑๐, ๑๐๐		
๔	ยากลำบากในการประมาณจำนวนค่า		
๕	ยากลำบากในการเปรียบเทียบ มากกว่า น้อยกว่า		
๖	แก้โจทย์ปัญหาง่ายๆ ไม่ได้		
๗	สับสนไม่เข้าใจเรื่องเวลา ทิศทาง		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๘	บอกความหมาย หรือสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ไม่ได้ เช่น +, -, ×, >, <, =		
๙	เปรียบเทียบขนาด รูปทรง ระยะทาง ตำแหน่งไม่ได้		
๑๐	เขียนตัวเลขกลับ เช่น ๕ ร , ๖ ๙		
	๔.ด้านพฤติกรรมทั่วไป		
๑	ไม่ทำตามคำสั่ง ทำงานไม่เสร็จ		
๒	มีความยากลำบากในการจัดระบบงาน		
๓	ทำของหายบ่อยๆ เป็นประจำ เช่น ของเล่น ดินสอ หนังสือ อุปกรณ์การเรียน		
๔	ลืมทำกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน		
๕	สับสนด้านซ้าย ขวา		
๖	วางสิ่งของเครื่องใช้ไม่เป็นระเบียบ		
๗	เสียสมาธิง่ายมองไปยังทุกสิ่งที่เคลื่อนไหวผ่านสายตา		
๘	มีอาการเครียดขณะอ่าน		
๙	ใจไม่ค่อยจดจ่ออยู่กับงาน มองโน่นมองนี่บ่อยๆ		
๑๐	หลีกเลี่ยง ไม่ชอบ หรือลังเลใจที่จะทำงานหรือการบ้านที่ต้องมีระเบียบและใส่ใจในงาน		

เกณฑ์การพิจารณา

๑. ด้านการอ่าน

ถ้าตอบว่าใช่ ๗ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน

๒. ด้านการเขียน

ถ้าตอบว่าใช่ ๗ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการเขียน

๓. ด้านการคำนวณ

ถ้าตอบว่าใช่ ๖ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการคำนวณ

๔. **ด้านพฤติกรรมทั่วไป**

ถ้าตอบว่าใช่ ๔ ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

หากพบว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ○ ด้านการอ่าน ○ ด้านการเขียน ○ ด้านการคำนวณ
☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)
(.....)
ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)
(.....)

<u>คำยินยอมของผู้ปกครอง</u>

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว)..... เป็นผู้ปกครองของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว) .....
☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.)..... ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง
(.....)

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (มัธยมศึกษา)

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ ..... ปี .....เดือน
ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

คำชี้แจง

๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น

๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง " ใช่ " หรือ "ไม่ใช่ " ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของเด็ก

๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ส่วนที่ ๑ การวิเคราะห์เบื้องต้น / ข้อมูลพื้นฐานของบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑	ดูฉลาดหรือปกติ ในด้านอื่น ๆ นอกจากในด้านการเรียน		
๒	มีปัญหาทางการเรียน ซึ่งอาจทำไม่ได้เลยหรือทำได้ต่ำกว่า ๒ ชั้นเรียน ในด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า ๑ ด้าน ต่อไปนี้ ๑.๑ ด้านการอ่าน ๑.๒ ด้านการเขียน ๑.๓ ด้านการคำนวณ		
๓	ไม่มีปัญหาทางด้านการเห็น การได้ยิน สติปัญญา หรือออทิสติก หรือจากการถูกละทิ้ง ละเลย หรือความด้อยโอกาสอื่น ๆ		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๓ ข้อ แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ควรสังเกตในส่วนที่ ๒ ต่อ

ผลการพิจารณาส่วนที่ ๑

☐ พบ ☐ ไม่พบ (ถ้าพบสังเกตในส่วนที่ ๒ ต่อ)

ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์ความบกพร่องทางการเรียนรู้ของเด็กในแต่ละด้าน

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	๑. ด้านการอ่าน		
๑	อ่านข้ามบรรทัด อ่านซ้ำบรรทัด		
๒	อ่านคำสมาส สนธิ ไม่ได้		
๓	อ่านอักษรนำไม่ได้		
๔	เปรียบเทียบความหมายของคำไม่ได้		
๕	ไม่รู้จักหน้าที่ของคำในประโยค		
๖	มีปัญหาในการอ่านคำพ้องรูป พ้องเสียง		
๗	อ่านราชาศัพท์ไม่ได้		
๘	อ่านบทร้อยกรองลำบาก		
๙	อ่านคำยากประจำบทไม่ได้		
๑๐	อ่านจับใจความสำคัญของเรื่องไม่ได้		
	๒. ด้านการเขียน		
๑	ฟังคำบรรยายแล้วจดโน้ตย่อไม่ได้		
๒	เขียนคำที่มีตัวการันต์ไม่ได้		
๓	เขียนสรุปใจความสำคัญไม่ได้		
๔	เขียนบรรยายความรู้สึกนึกคิดของตนเองไม่ได้		
๕	เขียนเรียงความยาวๆ ไม่ได้		
๖	เขียนบรรยายภาพไม่ได้		
๗	เขียนย่อความไม่ได้		
๘	เขียนคำพ้องรูป - พ้องเสียงไม่ได้		
๙	เขียนคำยากประจำบทไม่ได้		
๑๐	เขียนตามคำบอกไม่ได้		
	๓. ด้านการคำนวณ		
๑	ไม่เข้าใจความหมายและสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์		
๒	ไม่สามารถเขียนเศษส่วนในลักษณะทศนิยมและทศนิยมซ้ำ		
๓	ไม่เข้าใจและเขียนจำนวนตรรกยะ และอตรรกยะไม่ได้		
๔	ไม่เข้าใจและเขียนจำนวนในรูปอัตราส่วน สัดส่วนและร้อยละ ในการแก้โจทย์ปัญหา		
๕	ไม่เข้าใจการเขียนระบบจำนวนจริง		
๖	ไม่เข้าใจและเขียนค่าสัมบูรณ์ไม่ได้		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๗	ไม่เข้าใจการเขียนจำนวนจริงในรูปเลขยกกำลังที่เป็นจำนวนตรรกยะ จำนวนจริงที่อยู่ในเกณฑ์		
๘	ไม่เข้าใจเรื่องการประมาณค่า		
๙	ไม่เข้าใจเรื่องจำนวนเต็มและเศษส่วน		
๑๐	ไม่เข้าใจเกี่ยวกับระบบจำนวน		
	<u>๔.ด้านพฤติกรรมทั่วไป</u>		
๑	ลังเลในความสามารถของตนเอง มักจะพึ่งโชคลางหรือสิ่งภายนอก มากกว่าการทำงานหนัก		
๒	ไม่ทำตามคำสั่ง ทำงานไม่เสร็จ		
๓	มีความยากลำบากในการจัดระบบงาน		
๔	หลีกเลี่ยง ไม่ชอบ หรือลังเลใจที่จะทำงานหรือการบ้าน ที่ต้องมีระเบียบและใส่ใจในงาน		
๕	หันเหความสนใจไปสู่ภายนอกได้ง่าย		
๖	ลืมทำกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน		
๗	สับสนด้านซ้าย ขวา		
๘	วางสิ่งของเครื่องใช้ไม่เป็นระเบียบ		
๙	ใจไม่ค่อยจดจ่ออยู่กับงาน มองโน่นมองนี่บ่อยๆ		
๑๐	เสียสมาธิง่ายมองไปยังทุกสิ่งที่เคลื่อนไหวผ่านสายตา		

เกณฑ์การพิจารณา

๑. ด้านการอ่าน

ถ้าตอบว่าใช่ ๗ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน

๒. ด้านการเขียน

ถ้าตอบว่าใช่ ๗ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการเขียน

๓. ด้านการคำนวณ

ถ้าตอบว่าใช่ ๕ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการคำนวณ

๔. ด้านพฤติกรรมทั่วไป

ถ้าตอบว่าใช่ ๔ ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

หากพบว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ○ ด้านการอ่าน ○ ด้านการเขียน ○ ด้านการคำนวณ

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

<u>คำยินยอมของผู้ปกครอง</u>

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว)..... เป็นผู้ปกครองของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว) .....

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.)..... ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง

(.....)

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ ..... ปี .....เดือน
ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

คำชี้แจง

๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น

๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง " ใช่ " หรือ "ไม่ใช่ " ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของเด็ก

๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑	อวัยวะที่ใช้ในการออกเสียงมีความผิดปกติ		
๒	ใช้หน่วยเสียงแทนกัน เช่น แทนที่จะพูดว่า"นาฬิกา" พูดว่า"นาก๊ิกา" "เสือ" เป็น "เฉือ" เป็นต้น		
๓	พูดด้วยน้ำเสียงไม่ชัดเจน เสียงเพี้ยนมาก หรือเป็นเสียงพึมพำ ฟังแล้วไม่เข้าใจ		
๔	เสียงบางส่วนของคำขาดหายไป เช่น "ความ" เป็น "คาม" เป็นต้น		
๕	ความบกพร่องของระดับเสียง เช่น เสียงสูงหรือต่ำตลอดเวลา หรือเสียงที่พูดอยู่ในระดับเดียวตลอด เสียงผิดเพศ ผิดวัย		
๖	พูดไม่ถูกลำดับขั้นตอน ไม่เป็นไปตามโครงสร้างของภาษา เช่น ฉันตลาดไป ข้าวกินฉัน เป็นต้น		
๗	การเว้นวรรคตอนไม่ถูกต้อง เช่น "ผ้าสีเขียวชี้...ม้า" เป็นต้น		
๘	อัตราการพูดเร็วหรือช้าเกินไป		
๙	พูดตะกุกตะกักหรือพูดติดอ่าง		
๑๐	บกพร่องในเรื่องความเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูด หรือภาษาเขียน หรือระบบสัญลักษณ์		

*** หมายเหตุ** ผู้คัดกรองควรอิงแบบพัฒนาการทางภาษาของเด็กทั่วไปควบคู่การประเมิน

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๕ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

<u>คำยินยอมของผู้ปกครอง</u>

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว)..... เป็นผู้ปกครองของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว) .....

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.)..... ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง

(.....)

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรม หรืออารมณ์

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....
วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ ..... ปี .....เดือน
ระดับชั้น ..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

คำชี้แจง

๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น

๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่ง**เป็นลักษณะหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติอย่างมากหรือเป็นไปอย่างต่อเนื่อง** ทำให้ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เหมือนเด็กปกติทั่วไป และการที่เด็กไม่สามารถเรียนได้นั้น มิได้มีสาเหตุมาจากองค์ประกอบทางสติปัญญา การรับรู้และสุขภาพ หรือความบกพร่องทางร่างกาย โดยทำเครื่องหมาย/ลงในช่อง “ ใช่ ” หรือ “ไม่ใช่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ

๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมินตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจนถูกต้อง

๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑	ก้าวร้าว ก่อกวนเป็นอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่น		
	๑.๑ โหดร้าย ทารุณ รังแกสัตว์		
	๑.๒ ชกต่อย ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น		
	๑.๓ ข่มขู่ คุกคาม หวีดร้อง กระทืบเท้า		
	๑.๔ ก่อกวนเพื่อน		
๒	เคลื่อนไหวผิดปกติ		
	๒.๑ ไม่อยู่นิ่ง เคลื่อนไหวตลอดเวลาโดยปราศจากจุดมุ่งหมาย		
	๒.๒ มีความสนใจสั้น สนใจบทเรียนไม่ได้นาน ขาดสมาธิในการเรียน		
๓	มีปัญหาปรับตัวทางสังคม มีการฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับของสังคม		
	๓.๑ ทำลายสาธารณสมบัติ		
	๓.๒ ลักขโมย		
	๓.๓ วิวาทกับผู้อื่นเสมอ		
	๓.๔ ประทุษร้ายทางเพศ		
	๓.๕ ไม่เคารพ ไม่เชื่อฟัง ครูและพ่อแม่ ผู้ปกครองอย่างรุนแรง		
๔	มีความรู้สึกวิตกกังวลและปมด้อย อย่างรุนแรงสม่ำเสมอ		
	๔.๑ ไม่กล้าพูด ไม่กล้าแสดงออก		
	๔.๒ มีการประหม่าอย่างมากเมื่อให้ออกไปแสดงออก เช่น รายงาน		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	๔.๓ มีอาการเจ็บป่วยทางกายเมื่อมาโรงเรียน		
	๔.๔ ร้องไห้บ่อย		
๕	หนีสังคม ปลีกตัวออกจากสังคม อันมีผลต่อการเรียน		
	๕.๑ ไม่พูดคุย ไม่เล่นกับเพื่อน		
	๕.๒ ไม่ร่วมกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดให้		
	๕.๓ เจ้าอารมณ์ รุนแรง		
	๕.๔ แยกตัวอยู่คนเดียว ทำงานคนเดียวตลอดเวลา		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๑ ใน ๕ ข้อ และตอบใช่ ๒ ข้อย่อยในข้อหนึ่ง ถือว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

<u>คำยินยอมของผู้ปกครอง</u>

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว)..... เป็นผู้ปกครองของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว) .....

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.)..... ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง

(.....)

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลออทิสติก

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....
วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ ..... ปี .....เดือน
ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน.....

คำชี้แจง

๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น

๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง " ใช่ " หรือ "ไม่ใช่ " ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของเด็ก

๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	ด้านพฤติกรรม / อารมณ์		
๑	มีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น สะบัดนิ้วมือ เล่นมือ ดม เคาะ หรือหมุนสิ่งของ เป็นต้น		
๒	แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมประจำวัน เช่น เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเส้นทางการไปโรงเรียน เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเก้าอี้นั่งในห้องเรียน เป็นต้น		
๓	มีพฤติกรรมหลีกหนีการสัมผัส เช่น เดินเขย่งปลายเท้า ไม่ชอบการกอดรัด ทนต่อเสียงบางอย่างไม่ได้ เป็นต้น		
๔	มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เช่น ชอบวิ่ง เดินไปมารอบห้อง เป็นต้น		
๕	ไม่เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น เช่น ไม่เข้าใจเวลาเพื่อนโกรธ เศร้า เสียใจ เป็นต้น		
	ด้านการสื่อความหมาย		
๖	แสดงความต้องการโดยการจูงมือ เช่น เด็กจะจูงมือผู้ปกครอง / ครู เพื่อนำไปทำสิ่งที่ต้องการ เป็นต้น		
๗	ใช้ภาษาพูดของตนเองที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ		
๘	พูดเลียนแบบ หรือพูดทวนคำถาม		
๙	พูดคำซ้ำๆ ที่เคยได้ยินบ่อย เช่น พูดตามโฆษณาที่ได้ยินจากโทรทัศน์		
๑๐	ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับผู้อื่นได้		
๑๑	พูดเรื่องที่ตนเองสนใจโดยไม่สนใจผู้ฟัง		
๑๒	ไม่เข้าใจคำที่เป็นนามธรรม เช่น การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่		
	ด้านสังคม		
๑๓	ไม่มองสบตากับผู้อื่นขณะสนทนา		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑๔	ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ไม่เล่นกับเพื่อน ไม่สนใจคนรอบข้าง เป็นต้น		
๑๕	มีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบข้างไม่เหมาะสม เช่น เล่นกับเพื่อนแรง		
๑๖	แสดงพฤติกรรมการตอบสนองทางอารมณ์ และสังคมไม่เหมาะสม เช่น ส่งเสียงกรีดร้อง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจ เป็นต้น		
๑๗	แยกตัวออกมาอยู่ตามลำพัง เช่น ในขณะที่เพื่อนทำกิจกรรมกลุ่ม ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม		
๑๘	ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎกติกา ระเบียบหรือข้อตกลงได้ เช่น ไม่รู้จักการรอคอย ไม่รู้จักการเข้าแถว เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ อย่างน้อย ๒ ด้านๆ ละ ๒ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลออทิสติก ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)

(.....)

<u>คำยินยอมของผู้ปกครอง</u>

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว)..... เป็นผู้ปกครองของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว) .....

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.)..... ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง

(.....)