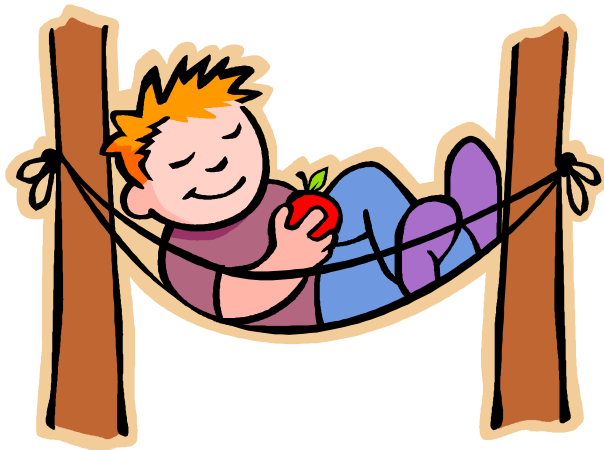


แบบคัดกรอง  
บุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา



งานเรียนร่วม  
โรงเรียนเชียงแสนวิทยาคม  
อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย  
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน  
กระทรวงศึกษาธิการ

## แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น

ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ.....

อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น ..... วันที่ประเมิน ..... ครั้งที่ .....

### คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และ ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ ไข่ ”หรือ“ ไม่ใช่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ไข่	ไม่ใช่
1	เดินงุ่มง่าม ชน และสะดุดวัตถุ		
2	เดินหรือวิ่งไม่สม่ำเสมอ สะดุดพลาดโดยไม่มีสาเหตุ		
3	ก้มศรีษะ เอนศรีษะ เมื่อมองสิ่งของที่วางอยู่ตรงหน้า		
4	มองภาพหรือสิ่งของ ต้องเดินเข้าไปมองใกล้ ๆ		
5	เมื่งตา หรีตา กดตา หรือปิดตาข้างหนึ่งเมื่อใช้สายตา		
6	เวลาอ่านหนังสือ มักจะอ่านข้ามบรรทัด หรืออ่านซ้ำบรรทัดเดิม		
7	ขยี้ตาหรือกระพริบตาถี่จนผิดปกติหรือกลอกกลิ้งลูกตาไปมาบ่อยๆ		
8	ชอบหรีตาและป้องแสงไม่ให้เข้าตา		
9	ชอบตาแดง น้ำตาคลอ มีน้ำตาไหลเสมอ มีตุ่มหรือผื่นบนหนังตา และชอบตา		
10	เคลื่อนศรีษะไปมาเพื่อหาจุดที่มองเห็นชัดที่สุด		
11	มักใช้ประสาทสัมผัสที่เหลืออยู่ส่วนอื่นเพื่อสำรวจสิ่งของมากกว่าการใช้สายตา		
12	มักบอกอาการปวดศรีษะ ปวดตา คลื่นไส้ ตาลาย คันทา มองเห็นสิ่งของไม่ชัดเจน		
13	ไม่สามารถบอกรายละเอียดของภาพหรือสิ่งของได้		
14	ไม่สามารถบอกความแตกต่างของสีที่ใกล้เคียงกันหรือสีที่ไม่ตัดกัน เช่น สีเขียวกับสีฟ้า สีขาวกับสีเทา เป็นต้น		

### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 10 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ควรส่งต่อไปแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

### ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

### ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)

## แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ.....

อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ..... ครั้งที่ .....

### คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรมหรือประวัติของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่”หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ไม่มีปฏิกิริยาต่อเสียงดัง เสียงพูด หรือเสียงดนตรี		
2	ไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก		
3	ไม่พูด แต่ใช้กิริยาท่าทางแทน		
4	พูดไม่ชัด พูดเสียงผิดปกติ พูดเสียงในระดับเดียวกันตลอด		
5	ในการสนทนาจะมองปากหรือจ้องหน้าผู้พูดตลอดเวลา		
6	ตอบไม่ตรงคำถามหรือไม่ตอบคำถาม		
7	พูดตามหรือเลียนเสียงพูดไม่ได้		
8	มีประวัติเป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง		

### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 3 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ควรส่งต่อไปแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

**ผลการคัดกรอง**

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

**ความคิดเห็นเพิ่มเติม**

.....  
.....

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)

## แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ.....

อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ..... ครั้งที่ .....

### คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรมหรือประวัติของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่ ” หรือ “ไม่ใช่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
1	มีปัญหาการประสานสัมพันธ์ระหว่างมือกับสายตาขณะปฏิบัติกิจกรรม		
2	มีความสามารถในการเคลื่อนไหวช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกัน		
3	ไม่พูดหรือพูดได้แต่ไม่ชัด		
4	ใช้ภาษาไม่สมวัย		
5	ช่วงความสนใจสั้น / ไม่มีสมาธิในการเรียน การทำงาน		
6	ทำตามคำสั่งต่อเนื่อง 2 คำสั่งขึ้นไปได้ยาก สับสนง่าย		
7	ลืมง่าย/ จำในสิ่งที่เรียนแล้วไม่ได้		
8	เรียนรู้บทเรียนได้ช้าต้องเรียนซ้ำแล้วซ้ำอีก เช่นการคิดคำนวณ การเขียน การอ่านสรุปความ		
9	เลียนแบบผู้อื่นโดยไม่ใช้ความคิดของตนเอง		
10	ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ต่ำกว่าวัย		
11	นำทักษะที่เคยเรียนรู้แล้วนำไปใช้สถานการณ์อื่นได้น้อย		
12	ชอบเล่นกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า		
13	ตอบสนองสิ่งต่างๆ ช้า		
14	ตอบสนองสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่ไม่เหมาะสม		
15	มีอารมณ์โกรธ ขุนเฉียวบ่อยๆ		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
16	ลับสนง่าย		
17	มักทำตามคำสั่งไม่ได้		
18	สรุปความไม่ค่อยได้		
19	เขียนประโยคไม่ถูกต้อง		
20	ชอบลอกเลียนแบบไม่ใช้ความคิดของตนเอง		
21	ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลตลอด		
22	ไม่สนใจสิ่งที่อยู่รอบตัว		
23	ชอบทำอะไรซ้ำๆ ในลักษณะเดิม		
24	จิตใจออกแวงง่าย		
25	ไม่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน		

#### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 15 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ควรส่งต่อไปแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตรวจวัดอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

#### ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

#### ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....  
 .....

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
 (.....)

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
 (.....)

## แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพ

ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ.....

อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ..... ครั้งที่ .....

### คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรมหรือประวัติของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ ทำได้ ” หรือ “ ทำไม่ได้ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ทำได้	ทำไม่ได้
1	นั่งโดยไม่ต้องช่วย		
2	นั่งบนเก้าอี้ที่ไม่มีเท้าแขนและพนักพิง		
3	นั่งพื้นและลุกขึ้น		
4	ยืน 2 ขา		
5	ยืนขาเดียวได้ 5 วินาที		
6	เดินโดยไม่ใช้เครื่องช่วย		
7	ลุกขึ้นจากการนั่งเก้าอี้หรือโซฟา		
8	วิ่ง		
9	กระโดด 2 ขา		
10	กระโดดขาเดียว		
11	เดินสลับเท้าขึ้นลงบันได		
12	รับโยนบอลอย่างมีทิศทาง		
13	เตะบอลไปข้างหน้า		
14	ถีบจักรยานสามล้อ		
15	เดินโดยถือสิ่งของ		
16	การใช้มือจับช้อนและส้อมตักอาหารเข้าปาก		
17	การใช้มือยกแก้วน้ำดื่ม		
18	ใช้มือข้างหนึ่งหวีผมแล้วอีกข้างหนึ่งจัดแต่งผม		
19	ใช้มือทั้ง 2 ข้าง ตีกระดาษ สวมกระโปรงหรือกางเกง		



ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ทำได้	ทำไม่ได้
20	พลิกตัวบนเตียง		
21	ลุกจากนั่งเป็นยืน		
22	เดินบนพื้นราบ ไม่น้อยกว่า 10 ก้าว		
23	ก้าวขึ้นลงบันได ไม่น้อยกว่า 4 ขั้น โดยไม่เกาะราว		
24	ย้ายของเล่นจากมือหนึ่งไปอีกมือหนึ่ง		
25	กำวัตถุทรงกระบอกขนาดเล็ก เช่น เทียนไข ดินสอ		
26	ขีดเส้น ลากเส้นตรง โคน คด		
27	ขีดเขียนในแนวนอน / แนวตั้ง		
28	ต่อก้อนไม้หรืออื่น ๆ เป็นตึกสูง		
29	ต่อภาพตัดต่อ (จิกซอร์) 3 ชั้น		
30	เปิด - ปิด ขวดฝาเกลียว		
31	ต่อก้อนไม้เป็นสะพานหรือตามแบบที่กำหนด		
32	ร้อยลูกปัดขนาดต่าง ๆ		
33	ตัดกระดาษขาดจากกัน โดยใช้กรรไกร		
34	ตัดกระดาษเป็นรูปทรงพื้นฐานได้ (วงกลม สามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม)		
35	ทำงานโดยใช้มือสองข้างพร้อมกัน		

### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าทำไม่ได้ 21 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพ ควรส่งต่อไปให้แพทย์ตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

### ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

### ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....  
 .....

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
 (.....)

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
 (.....)

## แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ.....

อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ..... ครั้งที่ .....

### คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา เหมาะสำหรับเด็กที่มีอายุระหว่าง 5–9 ปี
2. แบบคัดกรองฉบับนี้แยกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2
3. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรมหรือประวัติของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออก บ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรม นั้น ๆ ของเด็ก
4. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ครูที่รู้จักเด็กเป็นอย่างดีอย่างน้อย เป็นเวลา 3 เดือน เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

### ส่วนที่ 1 การสังเกตเบื้องต้น / ข้อมูลพื้นฐานของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ดูฉลาดหรือปกติ ในด้านอื่น ๆ นอกจากในด้านการเรียน		
2	ต้องมีปัญหาทางการเรียน ซึ่งอาจทำไม่ได้เลยหรือทำได้ต่ำกว่า 2 ชั้นเรียน ในด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า 1 ด้าน ต่อไปนี้ ด้านการอ่าน ด้านการเขียน ด้านการคำนวณ		
3	ไม่มีปัญหาทางด้านกรเห็น การได้ยิน สติปัญญา หรือออทิสติก หรือจากการถูกละทิ้ง ละเลย หรือความด้อยโอกาสอื่น ๆ		

### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 3 ข้อ แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ควรสังเกตในส่วนที่ 2 ต่อ

### ผลการพิจารณาส่วนที่ 1

พบ

ไม่พบ ( ถ้าพบสังเกตในส่วนที่ 2 ต่อ )

ส่วนที่ 2

การสังเกตปัญหาทางการเรียนรู้ของเด็กในแต่ละด้าน

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
	<b>1. ความบกพร่องด้านการอ่าน</b>		
1	อ่านไม่ได้		
2	อ่านช้า อ่านคำต่อคำ จำคำไม่ได้		
3	อ่านสะกดคำไม่ได้		
4	อ่านซ้ำ อ่านข้าม หรืออ่านเพิ่มคำ		
5	ผันเสียงวรรณยุกต์ไม่ได้		
6	อ่านสลับตัวอักษรหรือออกเสียงสลับกัน เช่น ม กับ น หรือ ด กับ ต		
7	อ่านผิดประโยค หรือผิดตำแหน่ง อ่านหลงบรรทัด		
8	ไม่รู้ความหมายของคำที่อ่าน		
9	จับใจความสำคัญไม่ได้		
	<b>2. ความบกพร่องด้านการเขียน ภาษาเขียน และการสะกดคำ</b>		
1	เขียนเป็นตัวอักษรไม่ได้		
2	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขกลับด้าน คล้ายมองจากกระจกเงา		
3	เขียนไม่ได้ใจความ		
4	เขียนด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก		
5	เรียงลำดับตัวอักษรผิด เช่น สถิติ เป็น ติติ		
6	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขที่มีลักษณะคล้ายกันสลับกัน เช่น ม-น , ค-ก , พ-ย, b-d, p-q, 6-9		
	<b>3. ความบกพร่องด้านการคำนวณ</b>		
1	นับจำนวนไม่ได้		
2	ไม่เข้าใจค่าของจำนวน เช่น หน่วย สิบบ ร้อย พัน หมื่น เป็นเท่าใด		
3	คำนวณ บวก ลบ คูณ หาร ไม่ได้		
4	คำนวณเลขที่มีการทดหรือการยืมไม่ได้		
5	แก้ปัญหาโจทย์เลขง่าย ๆ ไม่ได้		
6	ไม่เข้าใจหลักการพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ เช่น การจำตัวเลข รูปทรง คณิตศาสตร์ เข้าใจความหมาย สัญลักษณ์ เวลา ทิศทาง ขนาด ระยะทาง การจัดลำดับ การเปรียบเทียบ ฯลฯ		

## เกณฑ์การพิจารณา

### พิจารณาในด้าน

#### 1. ความบกพร่องด้านการอ่าน

ถ้าตอบว่าใช่ 6 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน

#### 2. ความบกพร่องด้านการเขียน

ถ้าตอบว่าใช่ 4 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ด้านการเขียน

#### 3. ความบกพร่องด้านการคำนวณ

ถ้าตอบว่าใช่ 4 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ด้านการคำนวณ ควรส่งต่อให้จิตแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

### ผลการคัดกรอง

- พบความบกพร่อง ด้าน (การอ่าน การเขียน การคำนวณ)
- ไม่พบความบกพร่อง

### ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....  
.....

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)

## แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา

ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ.....

อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ..... ครั้งที่ .....

### คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ / พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ใช้หน่วยเสียงแทนกัน เช่น แทนที่จะพูดว่า “นาฬิกา” พูดว่า “นาทีก้า” “เสื่อ” เป็น “เลื่อ” เป็นต้น		
2	ออกเสียงไม่ครบทุกเสียงไม่ว่าเสียงพยัญชนะนั้นอยู่ตำแหน่งใดของคำ เช่น “กลาง” เป็น “กาง” “กล้วย” เป็น “ก้วย” เป็นต้น		
3	พูดด้วยน้ำเสียงไม่ชัดเจน เสียงเพี้ยนมาก หรือเป็นเสียงพิมพ์พำฟิงแล้วไม่เข้าใจ		
4	พูดตะกุกตะกักหรือพูดติดอ่าง		
5	พูดเติมเสียงสระหรือพยัญชนะเข้าไปในคำ เช่น “กวาง” เป็น “กะวาง”		
6	เปล่งเสียงสูง – ต่ำ ไม่ได้ หรือออกเสียงสูง – ต่ำผิด ออกเสียงวรรณยุกต์ผิด		
7	ใช้ภาษาไม่ถูกหลักไวยากรณ์		
8	มีความสามารถทางภาษาด้อยกว่าวัย		

### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 6 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา ควรส่งต่อให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือตามความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

**ผลการคัดกรอง**

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

**ความคิดเห็นเพิ่มเติม**

.....  
.....

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)

## แบบคัดกรองบุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์

ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ.....

อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ..... ครั้งที่ .....

### คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่”หรือ“ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ/พฤติกรรม	ใช่	ไม่ใช่
1	บ่นหรืออ้างว่าไม่สบายหรือแสดงอาการเจ็บป่วยโดยไม่พบสาเหตุ เพื่อหลีกเลี่ยงการเรียน การทำงานหรือการทำกิจกรรม		
2	ลักษณะของที่บ้าน ที่โรงเรียนหรือที่อื่น		
3	ไม่พบหรือพูดคุยกับเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิด ปฏิเสธทุกคนที่เกี่ยวข้อง		
4	ไม่เคารพยำเกรงผู้อื่น ฝ่าฝืนกฎระเบียบของโรงเรียน หรือสังคม ข่มขู่ คุกคามผู้อื่น		
5	ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเสมอ		
6	ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว-ก่อกวน เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น		
7	ขาดความมั่นใจในตนเอง หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ จนขาดทักษะการเข้าสังคม		
8	อยู่นิ่งไม่ได้ ลุกลุกกลน ขาดความสนใจในการเรียนหรือสิ่งรอบตัว จนเป็นปัญหาต่อการเรียน		
9	หนีเรียนเป็นประจำ ผลการเรียนตกต่ำ		

### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 4 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ ควรส่งต่อให้จิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือตามความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

**ผลการคัดกรอง**

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

**ความคิดเห็นเพิ่มเติม**

.....  
.....

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
(.....)



### แบบคัดกรองบุคคลออทิสติก

ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ.....

อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ..... ครั้งที่ .....

#### คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
	<b>พฤติกรรม/อารมณ์</b>		
1	แยกตัวออกมาอยู่ตามลำพังคนเดียว		
2	ไม่รับรู้อารมณ์ของผู้อื่น		
3	ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง		
4	ไม่เข้าใจวิธีเล่น ไม่รู้และไม่รับรู้กฎกติกาของการเล่น		
5	มีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น สะบัดนิ้วหรือเล่นมือเป็นประจำ เป็นต้น		
6	จัดเรียงลำดับวัตถุในตำแหน่งหรือแบบเดิมๆ หากวัตถุเคลื่อนย้ายจะวิตกกังวล เช่น เรียงก้อนไม้เป็นแถว เป็นต้น		
7	เดินหรือยืนเขย่งบนปลายเท้า		
	<b>ด้านการสื่อความหมาย</b>		
8	ไม่พูดหรือใช้ภาษาพูดของตนเองที่คนอื่นไม่เข้าใจหรือผิดไวยากรณ์		
9	พูดเลียนแบบผู้อื่นหรือผู้ทวนคำถาม		
10	พูดคำซ้ำๆ จากหนังสือหรือจากที่เคยได้ยินมาก่อน		
11	ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนา กับเพื่อนหรือผู้ใหญ่ได้		
12	ใช้ท่าทางแทนที่จะใช้คำพูดเมื่อขอสิ่งของใดๆ		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
	ด้านสังคม		
13	ไม่มองสบตาผู้อื่น		
14	ขาดจินตนาการในการเล่น		
15	ไม่เล่นกับผู้อื่น ชอบอยู่คนเดียว		
16	ไม่สามารถเริ่มต้นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้		

**เกณฑ์การพิจารณา**

ถ้าตอบว่าใช่ ในทุกด้านของพัฒนาการ อย่างน้อยด้านละ 2 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลออทิสติก ควรส่งต่อไปให้แพทย์ตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

**ผลการคัดกรอง**

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

**ความคิดเห็นเพิ่มเติม**

.....  
 .....

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
 (.....)

ลงชื่อ .....ผู้คัดกรอง  
 (.....)