

แบบคัดกรองคนพิการทางการศึกษา



แบบคัดกรองคนพิการทางการศึกษา ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้คัดกรองคนพิการทางการศึกษาด้านต่าง ๆ

ผู้พัฒนา

พัฒนาโดย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

ข้อบ่งชี้ในการใช้

ใช้คัดกรองคนพิการทางการศึกษาด้านต่าง ๆ รวม 9 ด้าน ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ.2552

วิธีการใช้

แบบคัดกรองนี้ นำมาใช้ในกรณีที่เด็กยังไม่มีใบรับรองความพิการ บัตรประจำตัวคนพิการ หรือใบรับรองแพทย์ ที่ระบุถึงความบกพร่องหรือความพิการ เป็นการคัดกรองเบื้องต้น ประกอบด้วยแบบคัดกรอง จำนวน 8 ชุด สำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องด้านต่าง ๆ 8 ด้าน (ไม่มีชุดสำหรับประเภทพิการซ้อน ซึ่งก็คือความบกพร่องมากกว่า 1 ด้าน) ดังนี้

1. ความบกพร่องทางการเห็น (จำนวน 10 ข้อ)
2. ความบกพร่องทางการได้ยิน (จำนวน 9 ข้อ)
3. ความบกพร่องทางสติปัญญา (จำนวน 20 ข้อ)
4. ความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ (จำนวน 11 ข้อ)
5. ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (มี 2 ฉบับ คือ ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา แต่ละฉบับมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 2 จำนวน 30 ข้อ)
6. ความบกพร่องทางการพูดและภาษา (จำนวน 10 ข้อ)
7. ความบกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ (จำนวน 18 ข้อ)
8. ออทิสติก (จำนวน 18 ข้อ)

ผู้ทำการคัดกรองต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป ควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

การให้คะแนน

แต่ละข้อ คิดคะแนน ดังนี้

- ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน
- ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน

คะแนนที่ได้คำนวณจากการรวมคะแนนของคำตอบทั้งหมดในแบบคัดกรองแต่ละชุด

การแปลผล

แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น ไม่สามารถ
สรุปว่าเด็กเป็นอะไรจากการคัดกรองได้ ควรส่งผู้เชี่ยวชาญประเมินต่อไป

การแปลผล นับจากจำนวนข้อที่ตอบว่าใช่ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาแต่ละชุด ดังนี้

ประเภทความบกพร่อง	จำนวนข้อ	
	ทั้งหมด	เกณฑ์พิจารณา
1. ความบกพร่องทางการเห็น	10	5
2. ความบกพร่องทางการได้ยิน	9	3
3. ความบกพร่องทางสติปัญญา	20	2 ทักษะ ๆ ละ 2 ข้อ
4. ความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ	11	1
5. ความบกพร่องทางการเรียนรู้		
ส่วนที่ 1	3	3
ส่วนที่ 2 1) ด้านการอ่าน	10	ประถม 7 / มัธยม 7
2) ด้านการเขียน	10	ประถม 7 / มัธยม 7
3) ด้านการคำนวณ	10	ประถม 6 / มัธยม 5
6. ความบกพร่องทางการพูดและภาษา	10	5
7. ความบกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์	18	2 ข้อย่อยใน 1 หัวข้อ
8. ออทิสติก	18	3 ด้าน ๆ ละ 2 ข้อ

การให้คะแนนและแปลผลศึกษาได้เพิ่มเติมจากคู่มือการใช้แบบคัดกรอง ในที่นี้จะนำเสนอตัวอย่างเฉพาะแบบคัดกรองที่อยู่ในขอบเขตงานสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนโดยตรง คือ ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางการเรียนรู้ ความบกพร่องทางการพูดและภาษา ความบกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ และบุคคลออทิสติก

ตัวอย่าง

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

(เนื่องจากไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

คำชี้แจง

๑. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
๒. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย “√” ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
๓. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
๔. ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

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

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

หมายเหตุ ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวต้องเทียบเคียงกับพัฒนาการของเด็กทั่วไป

เกณฑ์การพิจารณา

แต่ละทักษะจะต้องมีผลการวิเคราะห์พฤติกรรมทักษะว่าใช่ทั้ง ๒ ข้อ แสดงว่าไม่ผ่านทักษะนั้น และหากว่าพบทักษะการปรับตัวไม่ผ่านตั้งแต่ ๒ ทักษะขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

ลงชื่อ ใบุฒิบัตร เลขที่..... (ผู้คัดกรอง)
 (.....)
 ลงชื่อ ใบุฒิบัตร 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

เมื่อพบว่ามีความเป็นแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น

☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
 (.....)

ตัวอย่าง

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (ประถมศึกษา)
(เนื่องจากไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

คำชี้แจง

๑. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น
๒. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย “√” ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ 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	ต้องมีปัญหาทางการเรียน ซึ่งอาจทำไม่ได้เลยหรือทำได้ต่ำกว่า ๒ ชั้นเรียน ในด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า ๑ ด้าน ต่อไปนี้ ๑.๑ ด้านการอ่าน ๑.๒ ด้านการเขียน ๑.๓ ด้านการคำนวณ		
๓	ไม่มีปัญหาด้านการเห็น การได้ยิน สติปัญญา หรือออทิสติก หรือจากการถูกละทิ้ง ละเลย หรือความด้อยโอกาสอื่น ๆ		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๓ ข้อ แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ควรสังเกตในส่วนที่ ๒ ต่อ

ผลการพิจารณาส่วนที่ ๑

☐ พบความบกพร่อง ☐ ไม่พบความบกพร่อง
(ถ้าพบสังเกตในส่วนที่ ๒ ต่อ)

ส่วนที่ ๒ การสังเกตปัญหาทางการเรียนรู้ของเด็กในแต่ละด้าน

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	๑) ด้านการอ่าน		
๑	อ่านซ้ำ อ่านข้าม อ่านไม่หมด		
๒	จำคำศัพท์คำเดิมไม่ได้ ทั้ง ๆ ที่เคยผ่านสายตามาแล้วหลายครั้ง		
๓	อ่านเพิ่มคำ ขาดคำ อ่านผิดตำแหน่ง		
๔	อ่านสลับตัวอักษรหรือออกเสียงสลับกัน เช่น “บก” อ่านเป็น “กบ”		
๕	สับสนในพยัญชนะคล้ายกัน เช่น ก-ภ-ถ, ฎ-ฌ-ญ, ต-ด-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	เขียนตัวอักษรและคำที่คล้าย ๆ กันผิด		
๔	ลอกคำบนกระดานผิด (ลอกไม่ครบตกหล่น)		
๕	เขียนหนังสือไม่เว้นวรรค ไม่เว้นช่องไฟ ตัวอักษรเบียดกันจนทำให้อ่านยาก		
๖	เขียนสลับตำแหน่งระหว่างพยัญชนะ สระ เช่น ตโ		
๗	เขียนตามคำบอกของคำในระดับชั้นตนเองไม่ได้		
๘	เขียนตัวอักษรหรือตัวเลขกลับด้าน คล้ายมองกระจกเงา		
๙	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขที่มีลักษณะคล้ายกันสลับกัน เช่น ม-น, ต-ค, พ-ย, b-d, p-q, 6-9		
๑๐	เรียงลำดับตัวอักษรผิด เช่น “สฤติ” เป็น “สติติ”		
	๓) ด้านการคำนวณ		
๑	นับเลขเรียงลำดับ นับเพิ่ม นับลดไม่ได้		
๒	ยากลำบากในการบวก, ลบ จำนวนจริง		
๓	ยากลำบากในการใช้เทคนิคการนับจำนวนเพิ่มทีละ ๒, ๕, ๑๐, ๑๐๐		
๔	ยากลำบากในการประมาณจำนวนค่า		
๕	ยากลำบากในการเปรียบเทียบ มากกว่า-น้อยกว่า		
๖	แก้โจทย์ปัญหาง่าย ๆ ไม่ได้		
๗	สับสนไม่เข้าใจเรื่องเวลา ทิศทาง		
๘	บอกความหมาย หรือสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ไม่ได้ เช่น +, -, ×, >, <, =		
๙	เปรียบเทียบขนาด รูปทรง ระยะทาง ตำแหน่งไม่ได้		
๑๐	เขียนตัวเลขกลับ เช่น 5/3 , 6/9		

เกณฑ์การพิจารณา

๑. ด้านการอ่าน

ถ้าตอบว่าใช่ ๗ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ด้านการอ่าน

๒. ด้านการเขียน

ถ้าตอบว่าใช่ ๗ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ด้านการเขียน

๓. ด้านการคำนวณ

ถ้าตอบว่าใช่ ๖ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ด้านการคำนวณ

หากพบว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

- ☐ พบความบกพร่อง ด้าน ☐ การอ่าน ☐ การเขียน ☐ การคำนวณ
☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

ลงชื่อ ใบุฒิปัตร เลขที่..... (ผู้คัดกรอง)
 (.....)

ลงชื่อ ใบุฒิปัตร 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
 (.....)

ตัวอย่าง

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา (เนื่องจากไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

คำชี้แจง

๑. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
๒. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย “√” ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ 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 “นาเกี๋ย” “เสือ” เป็น “เจือ” เป็นต้น		
๓	พูดด้วยน้ำเสียงไม่ชัดเจน เสียงเพี้ยนมาก หรือเป็นเสียงพึมพำ ฟังแล้วไม่เข้าใจ		
๔	เสียงบางส่วนของคำขาดหายไป เช่น “ความ” เป็น “คาม” เป็นต้น		
๕	ความบกพร่องของระดับเสียง เช่น เสียงสูงหรือต่ำตลอดเวลา หรือเสียงที่พูดอยู่ในระดับเดียวตลอด เสียงผิดเพี้ยน ผิดวัย		
๖	พูดไม่ถูกลำดับขั้นตอน ไม่เป็นไปตามโครงสร้างของภาษา เช่น ฉันทลาดไป ขาวกินฉันท เป็นต้น		
๗	การเว้นวรรคตอนไม่ถูกต้อง เช่น “ผ้าสีเขียว...ม้า” เป็นต้น		
๘	อัตราการพูดเร็วหรือช้าเกินไป		
๙	พูดตะกุกตะกักหรือพูดติดอ่าง		
๑๐	บกพร่องในเรื่องความเข้าใจ หรือการใช้ภาษาพูด หรือภาษาเขียน หรือระบบสัญลักษณ์		

หมายเหตุ ผู้คัดกรองควรอิงแบบพัฒนาการทางภาษาของเด็กทั่วไปควบคู่การประเมิน

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๕ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และส่งต่อไปแพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

ลงชื่อ ใบุฉบัตร เลขที่..... (ผู้ค้ดกรรง)
(.....)

ลงชื่อ ใบุฉบัตร เลขที่..... (ผู้ค้ดกรรง)
(.....)

คำยัณยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)

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

☐ ยัณยอม ☐ ไม่ยัณยอม ให้ดำเนินการค้ดกรรง (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.) ตามแบบค้ดกรรงนี้
เมื่อพบว่ามีแนวโน้มนัเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบค้ดกรรงข้างต้น

☐ ยัณดี ☐ ไม่ยัณดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการค้ดกรรงพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)

ตัวอย่าง

แบบคัดกรองบุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์

(เนื่องจากไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

คำชี้แจง

- แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
- วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติอย่างมากหรือเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เหมือนเด็กปกติทั่วไป และการที่เด็กไม่สามารถเรียนได้นั้น มิได้มีสาเหตุมาจากองค์ประกอบทางสติปัญญา การรับรู้และสุขภาพ หรือความบกพร่องทางร่างกาย โดยให้ทำเครื่องหมาย “√” ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
- ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
- ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑	ก้าวร้าว ก่อวุ่นเป็นอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่น		
	๑.๑ โหดร้าย ทารุณ รังแกสัตว์		
	๑.๒ ซกต้อย ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น		
	๑.๓ ช่มชู้ คุกคาม หวีดร้อง กระທိบเท้า		
๒	การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ		
	๒.๑ ไม่อยู่นิ่ง เคลื่อนไหวตลอดเวลาโดยปราศจากจุดมุ่งหมาย		
	๒.๒ มีความสนใจสั้น สนใจบทเรียนไม่ได้นาน ขาดสมาธิในการเรียน		
	๒.๓ ก่อวุ่นเพื่อน		
๓	การปรับตัวทางสังคม มีการปรับตัวทางสังคมไม่ถูกต้อง มีการฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับของสังคม		
	๓.๑ ทำลายสาธารณสมบัติ		
	๓.๒ ลักขโมย		
	๓.๓ การต่อสูระหว่างโรงเรียนที่เป็นคู่อริ วิวาทกับผู้อื่นเสมอ		
	๓.๔ ประทุษร้ายทางเพศ		
	๓.๕ ไม่เคารพ ไม่เชื่อฟัง ครูและพ่อแม่ ผู้ปกครองอย่างรุนแรง		
๔	มีความรู้สึกวิตกกังวลและปมด้วย อย่างรุนแรงสม่ำเสมอ		
	๔.๑ ไม่กล้าพูด ไม่กล้าแสดงออก		
	๔.๒ มีการประหม่าอย่างมากเมื่อให้ออกไปแสดงออก เช่น รายงาน		
	๔.๓ มีอาการตัวร้อนเป็นไข้เมื่อมาโรงเรียน		
	๔.๔ ร้องไห้บ่อย		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๕	การหนีสังคม การปลีกตัวออกจากสังคม อันมีผลต่อการเรียน		
	๕.๑ ไม่พูดคุย ไม่เล่นกับเพื่อน		
	๕.๒ ไม่ร่วมกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดให้		
	๕.๓ เจ้อารมณ์ รุนแรง		
	๕.๔ ชอบอยู่คนเดียว ทำงานคนเดียวตลอดเวลา		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๑ ใน ๕ ข้อ และตอบใช่ ๒ ข้อย่อยในข้อหนึ่ง ถือว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

ลงชื่อ ใบุฉบัตร เลขที่..... (ผู้คัดกรอง)
 (.....)

ลงชื่อ ใบุฉบัตร 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

เมื่อพบว่ามีความเป็นผูที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น

☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
 (.....)

ตัวอย่าง

แบบคัดกรองบุคคลออทิสติก

(เนื่องจากไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

คำชี้แจง

๑. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
๒. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย “√” ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
๓. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
๔. ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	พฤติกรรม / อารมณ์		
๑	มีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น สะบัดนิ้วมือ เล่นมือ ตม เคาะ หรือ หมุนสิ่งของ เป็นต้น		
๒	แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมประจำวัน เช่น เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเส้นทางไปโรงเรียน เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเก้าอี้ในห้องเรียน เป็นต้น		
๓	มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัส เช่น เดินขย่งปลายเท้า ไม่ชอบการกอดรัด ทนต่อเสียงบางอย่างไม่ได้ เป็นต้น		
๔	มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เช่น ชอบวิ่ง เดินไปมารอบห้อง เป็นต้น		
๕	ไม่เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น เช่น ไม่เข้าใจเวลาเพื่อนโกรธ เศร้า เสียใจ เป็นต้น		
	ด้านการสื่อความหมาย		
๖	แสดงความต้องการโดยการงู้มือ เช่น เด็กจะงู้มือผู้ปกครอง / ครู เพื่อนำไปทำสิ่งที่ต้องการ เป็นต้น		
๗	ใช้ภาษาพูดของตนเองที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ		
๘	พูดเลียนแบบ หรือพูดทวนคำถาม		
๙	พูดคำซ้ำ ๆ ที่เคยได้ยินบ่อย เช่น พูดตามโฆษณาที่ได้ยินจากโทรทัศน์		
๑๐	ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับผู้อื่นได้		
๑๑	พูดเรื่องที่ตนเองสนใจโดยไม่สนใจผู้ฟัง		
๑๒	ไม่เข้าใจคำที่เป็นนามธรรม เช่น การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่		
	ด้านสังคม		
๑๓	ไม่มองสบตากับผู้อื่นขณะสนทนา		
๑๔	ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ไม่เล่นกับเพื่อน ไม่สนใจคนรอบข้าง เป็นต้น		
๑๕	มีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบข้างไม่เหมาะสม เช่น เล่นกับเพื่อนแรง		
๑๖	แสดงพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ และสังคมไม่เหมาะสม เช่น ส่งเสียงกรี๊ดร้อง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจ เป็นต้น		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑๗	แยกตัวออกมาอยู่ตามลำพัง เช่น ในขณะที่เพื่อนทำกิจกรรมกลุ่ม ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม		
๑๘	ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎกติกา ระเบียบหรือข้อตกลงได้ เช่น ไม่รู้จักการรอคอย ไม่รู้จักการเข้าแถว เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ อย่างน้อย ๒ ด้าน ๆ ละ ๒ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลออทิสติก ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อ ใบวัดบัตร เลขที่..... (ผู้คัดกรอง)
(.....)

ลงชื่อ ใบวัดบัตร 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
เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น

☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)