

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

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

คำชี้แจง

- ๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
- ๒ วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง “ ใช่ ” หรือ “ ไม่ใช่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของเด็ก
- ๓ ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิด ความชัดเจน ถูกต้อง
- ๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑	ไม่หันศีรษะหาเสียงเมื่อเรียกชื่อจากข้างหลัง		
๒	ไม่ตอบสนองหรือหันไปมองที่มาของเสียงซึ่งเกิดอยู่รอบๆ ห้อง		
๓	มักใช้ท่าทางในการสื่อความหมายกับผู้อื่นไม่ใช่ภาษาพูด		
๔	ออกเสียงในระดับเดียวกันแต่ไม่เป็นคำ		
๕	ในการสนทนาจะมองปากหรือจ้องหน้าจ้องตามผู้พูดตลอดเวลา		
๖	ตอบไม่ตรงคำถามหรือไม่ตอบคำถาม		
๗	พูดตามหรือเลียนเสียงพูดไม่ได้		
๘	เป็นหรือเคยเป็นโรคหูน้ำหนวก		
๙	การแสดงออกทางพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ส่งเสียงดังมากกว่าปกติ เช่น การเดินลงสั่นเท้า การรับประทานอาหารโดยซอมนกระแทกจาน เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๓ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยินควรส่งต่อให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

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

เมื่อพบว่ามีความโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง
(.....)