

## แบบคัดกรองบุคคลออทิสติก

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....  
 วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ ..... ปี .....เดือน  
 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 ความชัดเจนถูกต้อง
- ๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	<b>ด้านพฤติกรรม / อารมณ์</b>		
๑	มีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น สะบัดนิ้วมือ เล่นมือ ตม เคาะ หรือหมุนสิ่งของ เป็นต้น		
๒	แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมประจำวัน เช่น เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเส้นทางการไปโรงเรียน เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเก้าอี้ในในห้องเรียน เป็นต้น		
๓	มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัส เช่น เดินเขย่งปลายเท้า ไม่ชอบการกอดรัด ทนต่อเสียงบางอย่างไม่ได้ เป็นต้น		
๔	มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เช่น ขอบว้าง เดินไปมารอบห้อง เป็นต้น		
๕	ไม่เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น เช่น ไม่เข้าใจเวลาเพื่อนโกรธ เศร้า เสียใจ เป็นต้น		
	<b>ด้านการสื่อความหมาย</b>		
๖	แสดงความต้องการโดยการงู้มือ เช่น เด็กจะงู้มือผู้ปกครอง / ครู เพื่อนำไปทำสิ่งที่ต้องการ เป็นต้น		
๗	ใช้ภาษาพูดของตนเองที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ		
๘	พูดเลียนแบบ หรือพูดทวนคำถาม		
๙	พูดคำซ้ำๆ ที่เคยได้ยินบ่อย เช่น พูดตามโฆษณาที่ได้ยินจากโทรทัศน์		
๑๐	ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับผู้อื่นได้		
๑๑	พูดเรื่องที่ตนเองสนใจโดยไม่สนใจผู้ฟัง		
๑๒	ไม่เข้าใจคำที่เป็นนามธรรม เช่น การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	<b>ด้านสังคม</b>		
๑๓	ไม่มองสบตากับผู้อื่นขณะสนทนา		
๑๔	ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ไม่เล่นกับเพื่อน ไม่สนใจคนรอบข้าง เป็นต้น		
๑๕	มีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบข้างไม่เหมาะสม เช่น เล่นกับเพื่อนแรง		
๑๖	แสดงพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ และสังคมไม่เหมาะสม เช่น ส่งเสียงกรีดร้อง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจ เป็นต้น		
๑๗	แยกตัวออกมาอยู่ตามลำพัง เช่น ในขณะที่เพื่อนทำกิจกรรมกลุ่ม ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม		
๑๘	ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎกติกา ระเบียบหรือข้อตกลงได้ เช่น ไม่รู้จักการรอคอย ไม่รู้จักการเข้าแถว เป็นต้น		

### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่อย่างน้อย ๒ ด้านๆ ละ ๒ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลออทิสติก ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ 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

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี  
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง  
(.....)