

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ

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
	ด้านร่างกาย		
๑	มือวัยวะไม่สมส่วน หรือแขน ขา ลีบ		
๒	มือวัยวะขาดหายไปและเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต		
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	<p>มีความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เช่น</p> <p>๑๑.๑ ประสบอุบัติเหตุ ผ่าตัด เป็นต้น</p> <p>๑๑.๒ เป็นโรคเรื้อรังหรือมีภาวะผิดปกติของระบบต่างๆ ดังต่อไปนี้</p> <p>ระบบโลหิต เช่น ภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ธาลัสซีเมีย ไชกระดูกฝ่อ</p> <p>ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหัวใจรูมาติก</p> <p>ระบบไต เช่น โรคเนฟรติก โรคไตเรื้อรัง</p> <p>ระบบประสาท เช่น อัมพาต สมองพิการ ลมชัก</p> <p>ระบบหายใจ เช่น หอบหืด โรคปอด</p> <p>ระบบภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ เช่น ข้ออักเสบ-รูมาตอยด์ , SLE (เอส แอล อี)</p> <p>ระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน แคระ หรือโตผิดปกติ</p> <p>ระบบผิวหนัง เช่น เด็กดักแด้</p> <p>เป็นต้น</p>		

เกณฑ์การพิจารณา

ด้านร่างกาย และด้านการเคลื่อนไหว

ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ ๑ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ด้านสุขภาพ

ถ้าตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ 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

เมื่อพบว่ามิแนวน้อมเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ☐ ยินดี ☐ ไม่ยินดี
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง
(.....)