

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

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
	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	ไม่รู้จักรวธีการใช้ การจัดเก็บ และการดูแลรักษา ของส่วนรวม		
	ทักษะการรู้จักดูแลควบคุมตนเอง		
๑๑	เอาแต่ใจตนเอง มีอารมณ์โกรธ ขุนเฉียวบ่อย ๆ		
๑๒	ไม่สามารถควบคุมตนเองทำตามสิ่งที่ต้องทำ		
	ทักษะการนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน		
๑๓	ลืมง่าย / จำในสิ่งที่เรียนมาแล้วไม่ได้		
๑๔	ไม่สามารถนำทักษะที่เรียนรู้ไปแก้ไขปัญหเฉพาะหน้าได้		

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

หมายเหตุ ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวต้องเทียบกับพัฒนาการของเด็กทั่วไป

เกณฑ์การพิจารณา

แต่ละทักษะจะต้องมีผลการวิเคราะห์พฤติกรรมทักษะว่าใช่ทั้ง ๒ ข้อ แสดงว่าไม่ผ่านทักษะนั้นและ หากว่าพบทักษะการปรับตัวไม่ผ่านตั้งแต่ ๒ ทักษะขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา 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
(.....)