

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ :

ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

☐ ไม่

☐ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย

☐ ใช่ มีปัญหาชัดเจน

☐ ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

---

ถ้าคุณตอบ “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

☐ น้อยกว่า 1 เดือน

☐ 1-5 เดือน

☐ 6-12 เดือน

☐ มากกว่า 1ปี

ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

☐ ไม่เลย

☐ เล็กน้อย

☐ ค่อนข้างมาก

☐ มาก

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
การคบเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเรียนรู้ในห้องเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ปัญหาของเด็กทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่

☐ ไม่เลย

☐ เล็กน้อย

☐ ค่อนข้างมาก

☐ มาก

---

คะแนนด้านที่ 1 .....

แปลผล .....

คะแนนด้านที่ 2 .....

แปลผล .....

คะแนนด้านที่ 3 .....

แปลผล .....

คะแนนด้านที่ 4 .....

แปลผล .....

รวมคะแนนทั้ง 4ด้าน .....

แปลผล .....

---

คะแนนสัมพันธภาพทางสังคม.....

แปลผล .....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....