

แบบสอบถามประวัติผู้พิการ

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ประเภทความพิการ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> บกพร่องทางสติปัญญา IQ..... | <input type="checkbox"/> สมาธิสั้น |
| <input type="checkbox"/> บกพร่องทางการได้ยิน ระดับการได้ยิน (ซ้าย).....(ขวา)..... | <input type="checkbox"/> ออทิสติก |
| <input type="checkbox"/> บกพร่องทางการเห็น VA..... | <input type="checkbox"/> ปัญหาทางการเรียนรู้ |
| <input type="checkbox"/> บกพร่องทางร่างกาย ระดับ..... | <input type="checkbox"/> ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ |
| <input type="checkbox"/> พิการซ้อน..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |

2. ประวัติผู้พิการ

ชื่อ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. ประวัติครอบครัว

3.1 ชื่อบิดา.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เลขประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
วุฒิทางการศึกษา.....

3.2 ชื่อมารดา.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เลขประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
วุฒิทางการศึกษา.....

3.3 สถานภาพบิดา - มารดา

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> อยู่ร่วมกัน | <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ (ไม่หย่า) | <input type="checkbox"/> หย่าร้างกัน | <input type="checkbox"/> บิดาหรือมารดาสมรสใหม่ |
| <input type="checkbox"/> มารดาเสียชีวิต | <input type="checkbox"/> บิดาเสียชีวิต | <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... | |

3.4 ปัจจุบันผู้พิการอาศัยอยู่กับ

- บิดา - มารดา บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย ญาติพี่น้อง
 บุคคลอื่น ระบุ.....

3.5 บิดา - มารดามีบุตรด้วยกัน.....คนชาย.....คน หญิง.....คน ผู้พิการเป็นบุตรคนที่.....

3.6 ผู้พิการมีคู่แฝดหรือไม่ มี ไม่มี ถ้ามีคู่แฝดเป็นเพศ ชาย หญิง

3.7 มีญาติพี่น้องพิการหรือไม่ ไม่มี มี (ถ้ามีประเภทความพิการ.....)

พี่น้องที่พิการคือ มีพี่ที่พิการ.....คน มีน้องที่พิการ.....คน ญาติพี่น้อง.....คน

3.8 ผู้รับบริการถูกเลี้ยงดูแบบใด เข้มงวด ประชาธิปไตย ปล่อยตามอิสระ ช่วยเหลือทุกอย่าง

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

3.9 ทักษะคิดของพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีต่อผู้พิการ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ยอมรับความบกพร่องของเด็กเต็มใจ ให้ความร่วมมือกับทางศูนย์
 ต้องการช่วยเหลือเด็กทุกเรื่อง ช่วยเหลือเด็กเท่าที่จำเป็นเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้รู้จักช่วยเหลือตนเองได้
 ต้องการให้ศูนย์ฯรับเลี้ยงเด็กได้ตลอดเวลา ยินดีฝึกพัฒนาการเด็กเท่าที่ทำได้

3.10 รายได้ครอบครัว.....บาท/เดือน

4. ประวัติสุขภาพ / การเจ็บป่วย / การคลอด ของผู้พิการ

4.1 ขณะตั้งครรภ์มารดามีอาการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

4.2 ลักษณะการคลอด คลอดปกติ ผ่าออก คลอดปกติแต่คลอดยาก คลอดก่อนกำหนด

อื่นๆ โปรดระบุ.....

4.3 น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม

4.4 สาเหตุของความพิการ นำเกิดจากสาเหตุใด

- ไม่ทราบสาเหตุ แม่เป็นหัดเยอรมัน แพ้ท้องมาก คลอดก่อนกำหนด
 คลอดยากมีปัญหาระหว่างคลอด ตัวเหลือง มารดาทานยาขับเลือด/ทำแท้ง ลมชัก
 หูน้ำหนวก กรรมพันธุ์ อุบัติเหตุอย่างแรง.....
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

4.5 การมองเห็น

ปกติ บกพร่อง ใส่แว่นตา อื่นๆ

4.6 การได้ยิน

ปกติ บกพร่อง ใส่แว่นตา อื่นๆ

4.7 การพูด

ปกติ บกพร่อง ใส่แว่นตา อื่นๆ

4.8 ลักษณะทางร่างกาย

ปกติ บกพร่อง ใส่แว่นตา อื่นๆ

5. ระดับความสามารถแรกเริ่มของผู้พิการ (เลือกด้านละ 1 ข้อเท่านั้น)

5.1 ด้านการเคลื่อนไหว

- เดิน วิ่งได้ปกติ เดินได้แต่ทรงตัวไม่ดี เดินได้โดยมีคนช่วยหรือใช้เครื่องช่วย
- เดินได้ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ ยืนได้ เดินไม่ได้
- นั่งได้ ยืน เดินไม่ได้ นั่ง ยืน เดินไม่ได้

5.2 ด้านความเข้าใจภาษา

- เข้าใจและปฏิบัติตามคำสั่งที่ซับซ้อนได้ (ปกติ) เข้าใจและปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆ 2 - 3 ขั้นตอน
- เข้าใจและปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆ 1 ขั้นตอน ทำตามคำสั่งไม่ได้เลย

5.3 ด้านการพูด

- พูดได้ชัดปกติ พูดได้ออกเสียงไม่ชัด พูดได้แต่ตอนไม่เข้าใจ
- ออกเสียงได้แต่ไม่มีความหมาย

5.4 ด้านการช่วยเหลือตนเอง

- อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ และทำความสะอาดเองได้ทั้งหมด
- อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารเองได้ ยกเว้น การแต่งตัวยังทำไม่ได้
- เข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารเองได้ ยกเว้น อาบน้ำ และแต่งตัวยังไม่ได้
- รับประทานอาหารเองได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

5.5 ด้านอารมณ์และพฤติกรรม

- ร่าเริงแจ่มใสเหมือนบุคคลปกติทั่วไป เก็บตัว ซึม เหม่อลอย ก้าวร้าว มี
- พฤติกรรมซ้ำๆ

5.6 ด้านการอ่าน

- อ่านเองได้ อ่านค้ำง่ายๆ ได้ อ่านพยัญชนะได้ อ่านไม่ได้เลย

5.7 ด้านการเขียน

- เขียนตามคำบอกได้ เขียนตามตัวอย่างได้ เขียนตามรอยประได้ ซีดเขียนไม่ได้

5.8 ด้านจำนวนและตัวเลข

- รู้ค่าจำนวนนับและคำนวณได้ คำนวณ ผลลัพธ์ไม่เกิน 2 หลักได้
- คำนวณเลขผลลัพธ์ไม่เกิน 1 หลักได้ รู้ค่า 1 - 10 ไม่รู้ค่าจำนวนเลย

6. นักเรียนมีโรคประจำตัวหรือไม่ () ไม่มี () มี ระบุ.....

ชื่อยาที่กินประจำ.....

รับยาจากโรงพยาบาล.....

7. พฤติกรรมและอารมณ์

- อยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย เห็นแก่ตัว
- สมาธิสั้น หัวน้โหว่งง่าย พูดปด/โกหก คุยเก่ง
- ไม่แยแส ร่าเริง ชอบทำลายของ ชอบลักขโมย
- ชอบตี/ทำร้ายผู้อื่น ชอบตี/ทำร้ายตนเอง กล้าแสดงออก พูดมากแต่ไม่รู้เรื่อง
- ซื่อๆ/หลบหนี ปัสสาวะรดที่นอน พฤติกรรมซ้ำๆ เก็บตัว
- อื่นๆ.....

