

### แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....  
 วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ ..... ปี .....เดือน  
 ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน.....

#### คำชี้แจง

- ๑ แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในทางการจัดการศึกษาเท่านั้น
- 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
๑	มักก้มศีรษะมองสิ่งของ หนังสือ รูปภาพหรือ นำเข้ามาดูใกล้ๆ ตา		
๒	เมื่อดูป้ายข้อความ รูปภาพ วัตถุสิ่งของต่างๆ ตามสาธารณะ ต้องเข้าไปดูใกล้ๆ		
๓	ขณะอ่านหนังสือ มักจะอ่านซ้ำบรรทัดเดิม หรืออ่านข้ามบรรทัด		
๔	มักใช้ประสาทสัมผัสส่วนอื่น เพื่อสำรวจ / หาสิ่งของ ควบคู่กับการใช้สายตา		
๕	บอกรายละเอียดของภาพหรือสิ่งของไม่ได้		
๖	เดินด้วยความระมัดระวังกว่าปกติ เดินไม่คล่องตัว มักชนและสะดุดวัตถุ		
๗	หรีตา กระพริบตา ขยี้ตา กัดตา เมื่อใช้สายตามากๆ		
๘	เคลื่อนศีรษะไปมา เพื่อหาจุดที่มองเห็นชัดที่สุด		
๙	มักมีอาการปวดศีรษะ ปวดตา ตาลาย คันทา มองเห็นสิ่งของเคลื่อนไหวไปมา		
๑๐	บอกความแตกต่างของสีที่ใกล้เคียงกัน หรือสีที่ไม่ตัดกันไม่ได้ เช่น สีเขียวกับสีฟ้า สีแดงกับสีส้ม		

#### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๕ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้จักษุแพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

#### ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

#### ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....  
 .....

ลงชื่อ ..... ใบุติบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)  
 (.....)

ลงชื่อ ..... ใบุติบัตร 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  
 (.....)