

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว).....

วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ ปีเดือน

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 |
| | 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 | ไม่รู้จักวิธีการใช้ การจัดเก็บ และการดูแลรักษา ของส่วนรวม | | |
| | ทักษะการรู้จักดูแลควบคุมตนเอง | | |
| ๑๑ | เอาแต่ใจตนเอง มีอารมณ์โกรธ อุนเฉียวบ่อย ๆ | | |
| ๑๒ | ไม่สามารถควบคุมตนเองทำตามสิ่งที่ต้องทำ | | |

| ที่ | ลักษณะ / พฤติกรรม | ผลการวิเคราะห์ | |
|-----|---|----------------|--------|
| | | ใช่ | ไม่ใช่ |
| | ทักษะการนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน | | |
| ๑๓ | ลืมนำ / จำในสิ่งที่เรียนมาแล้วไม่ได้ | | |
| ๑๔ | ไม่สามารถนำทักษะที่เรียนรู้ไปแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ | | |
| | ทักษะการทำงาน | | |
| ๑๕ | ช่วงความสนใจสั้น ไม่สามารถรับผิดชอบงานที่ต้องทำ | | |
| ๑๖ | ทำตามคำสั่งต่อเนื่อง ๒ คำสั่งขึ้นไปได้ยาก สับสนง่าย | | |
| | ทักษะการใช้เวลาว่าง | | |
| ๑๗ | สนใจสิ่งรอบตัวน้อย | | |
| ๑๘ | ใช้เวลาว่างแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม | | |
| | ทักษะการรักษาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย | | |
| ๑๙ | ดูแลสุขภาพตนเองได้น้อย เช่น ล้างมือไม่เป็น หรือไม่รู้จักรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ | | |
| ๒๐ | มีความระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยตนเองน้อย | | |

หมายเหตุ ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวต้องเทียบเคียงกับพัฒนาการของเด็กทั่วไป

เกณฑ์การพิจารณา

แต่ละทักษะจะต้องมีผลการวิเคราะห์พฤติกรรมทักษะว่าใช่ทั้ง ๒ ข้อ แสดงว่าไม่ผ่านทักษะนั้นและหากว่าพบทักษะการปรับตัวไม่ผ่านตั้งแต่ ๒ ทักษะขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

ลงชื่อ ใบุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)
 (.....)

ลงชื่อ ใบุฒิบัตร 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
(.....)