

## แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

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	ไม่หันศีรษะหาเสียงเมื่อเรียกชื่อจากข้างหลัง		
๒	ไม่ตอบสนองหรือหันไปมองที่มาของเสียงซึ่งเกิดอยู่รอบๆ ห้อง		
๓	มักใช้ท่าทางในการสื่อความหมายกับผู้อื่นไม่ใช่ภาษาพูด		
๔	ออกเสียงในระดับเดียวกันแต่ไม่เป็นคำ		
๕	ในการสนทนาจะมองปากหรือจ้องหน้าจ้องตามผู้พูดตลอดเวลา		
๖	ตอบไม่ตรงคำถามหรือไม่ตอบคำถาม		
๗	พูดตามหรือเลียนเสียงพูดไม่ได้		
๘	เป็นหรือเคยเป็นโรคหูน้ำหนวก		
๙	การแสดงออกทางพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ส่งเสียงดังมากกว่าปกติ เช่น การเดินลงบันได การรับประทานอาหารโดยซอมนกระแทกจาน เป็นต้น		

### เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๓ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

### ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

### ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....  
 .....

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)  
 (.....)

ลงชื่อ ..... ใบวุฒิบัตร 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  
 (.....)