



เรื่อง ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เรียน คุณครูประจำชั้น

เนื่องด้วยผู้ปกครองของ.....จะพาเด็กมาปรึกษากับ
ทางโรงพยาบาลด้วยเรื่อง.....
เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัย และเกิดความเข้าใจปัญหาของเด็กโดยละเอียด จึงขอความร่วมมือจากคุณครู
ช่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถ และพฤติกรรมของเด็กที่โรงเรียน ในเอกสารที่ได้แนบมานี้
ตามความเป็นจริง แล้วฝากคืนไปกับผู้ปกครอง จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอขอบพระคุณคุณครูอย่างสูงที่กรุณาให้ความเมตตาในการช่วยเหลือเด็กในครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลมนารมย์

OPD 006 : ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล

แบบสอบถามความสามารถในการเรียนรู้

1. ความสามารถในการทำงาน (กรุณาใส่เครื่องหมาย / หน้าปัญหาที่เด็กมี)

	ทำงานไม่เต็มความสามารถ
	กระตุ้นให้กลับมาสนใจการเรียนยาก
	ไม่มีระเบียบในการทำงาน , ทำงานไม่เรียบร้อย
	ทำตามขั้นตอนของคำสั่งได้ยาก
	สมาธิสั้น , ความสนใจสั้น
	ใช้มือไม่คล่อง , สับสนง่าย
	อื่น ๆ _____

2. ความสามารถในการเรียนเฉพาะด้าน (กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความสามารถของเด็ก)

	ไม่มี ปัญหา	มีปัญหา เล็กน้อย	มีปัญหา ปานกลาง	มีปัญหา มากต้องแก้ไข
การอ่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การคำนวณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเขียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความเข้าใจภาษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การใช้ภาษาและการพูด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อื่น ๆ _____				

3. ความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กในห้องเรียนเมื่อเทียบกับเด็กในชั้น (กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับระดับความสามารถเด็ก)

	ดก	ต่ำกว่า เกณฑ์เฉลี่ย	อยู่ใน เกณฑ์เฉลี่ย	อยู่เหนือกว่า เกณฑ์เฉลี่ย
ความสามารถในการอ่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความสามารถในการคำนวณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความสามารถในการเขียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความสามารถในการสะกดคำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เฉลี่ยความสามารถรวมในการเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

ทำเครื่องหมาย X ในช่อง ได้ข้อความ ไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อคำถาม กรุณาตอบทุกข้อให้ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของเด็กที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือในช่วงปีการศึกษา

ชื่อเด็ก

ไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน

	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
1. ใส่ใจกับความรู้สึกของผู้อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. อยู่ไม่สุข เคลื่อนไหวมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. บ่นปวดศีรษะ ปวดท้องหรือคลื่นไส้บ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เต็มใจแบ่งปันกับเด็กอื่น (ขนม ของเล่น ดินสอ ฯลฯ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. แผลงฤทธิ์บ่อย หรืออารมณ์ร้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ค่อนข้างอยู่โดดเดี่ยว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. โดยปกติแล้ว เชื่อฟัง ทำตามที่ผู้ใหญ่บอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. มีความกังวลหลายเรื่อง ดูเหมือนกังวลบ่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. หยุกหยิก หรือดิ้นไปด้นมาตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. มีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. มีเรื่องต่อสู้หรือรังแกเด็กอื่นบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. โดยทั่วไปเป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. วิดกกังวลหรือติดใจเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ เสียความมั่นใจง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. พุดบดหรือชี้โก่งบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ถูกเด็กคนอื่นแกล้งหรือรังแก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. มักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อแม่ ครู เด็กอื่น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. คิดก่อนทำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. มีความกลัวหลายเรื่อง หวาดกลัวง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. มีสมาธิในการติดตามทำงานจนเสร็จ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โปรดกรอกเพิ่มเติมถ้าคุณมีความเห็นอื่น

(โปรดพลิกหน้าถัดไป)

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่นด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

ไม่มี ปัญหา	มีปัญหา เล็กน้อย	มีปัญหา ชัดเจน	มีปัญหา อย่างรุนแรง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ถ้าคุณตอบ “มีปัญหา” โปรดตอบข้อ 1) – 4) ต่อไปนี้ด้วย

1) ปัญหาที่มี เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

น้อยกว่า 1 เดือน	1-5 เดือน	6-12 เดือน	มากกว่า 1 ปี
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) เด็กรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) ปัญหาที่มี กระทบชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
ความเป็นอยู่ที่บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การคบเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเรียนในห้องเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กิจกรรมยามว่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) ปัญหาที่มี ทำให้คุณหรือครอบครัวเกิดความยุ่งยากหรือไม่

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) ข้อดีของเด็ก (นิสัย , ความสามารถ , ความชอบ)

.....

.....

.....

6) ความคิดเห็นอื่นๆ เกี่ยวกับการเรียน อารมณ์ พฤติกรรม

.....

.....

.....

แบบประเมินสมาธิและพฤติกรรม

จงวงกลมตัวเลขในแต่ละข้อที่อธิบายลักษณะของเด็ก

	ไม่มี	ทำเล็กน้อย	ทำบ่อย	ทำมาก
1. ไม่รอบคอบในการทำงานหรือทำกิจกรรม	0	1	2	3
2. ทำไม่ได้นานทั้งการเรียนและเล่น	0	1	2	3
3. ทำท่าไม่สนใจเวลามีคนพูดด้วยตรงๆ	0	1	2	3
4. ไม่สามารถทำตามขั้นตอนที่กำหนดให้เสร็จ หรือไม่สามารรถ รับผิดชอบงานได้ ซึ่งไม่ได้เกิดจากการต่อต้านหรือดื้อ	0	1	2	3
5. จัดระบบการทำงานด้วยความยากลำบาก	0	1	2	3
6. ไม่ชอบหรือมักเลี่ยงงานยาก ๆ ที่ต้องใช้ความพยายามสูง	0	1	2	3
7. ทำของหายบ่อยๆ	0	1	2	3
8. วอกแวกง่ายจากสิ่งกระตุ้นภายนอก	0	1	2	3
9. มักลืมทำงานที่ต้องทำประจำทุกวัน	0	1	2	3

1. ยุกยิก ขยับตัวหรือมือไปมา อยู่ไม่นิ่ง	0	1	2	3
2. ชอบลุกจากเก้าอี้ในห้องเรียน หรือนั่งนิ่งได้ไม่นาน	0	1	2	3
3. วิ่ง ปีนป่าย โลดโผน อย่างไม่เหมาะสม	0	1	2	3
4. เล่นเสียงดังในที่ๆ ไม่เหมาะสม	0	1	2	3
5. ทำอะไรรวดเร็ว	0	1	2	3
6. พูดเร็ว	0	1	2	3
7. พูดแทรกในจังหวะที่ไม่เหมาะสม	0	1	2	3
8. รอคอยหรือรอคิวไม่ได้	0	1	2	3
9. ยั้งตัวเองไม่อยู่ เข้าไปแทรกการทำงาน หรือการเล่นของผู้อื่น	0	1	2	3

ลายเซ็น วันที่

โปรดระบุความสัมพันธ์กับเด็ก ครูประจำชั้น
 ครูสอนวิชา
 อื่น ๆ

ในแต่ละสัปดาห์เด็กคนนี้อยู่กับคุณ โดยเฉลี่ยกี่ชั่วโมง (โปรดระบุ) ชั่วโมง

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ
ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการกรอกแบบประเมินนี้