

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น

(กรณีไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
2. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่”หรือ“ ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
4. ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ก้มศีรษะ เอนศีรษะ เมื่อมองสิ่งของที่วางอยู่ตรงหน้า		
2	มองภาพหรือสิ่งของ ต้องเดินเข้าไปมองใกล้ ๆ		
3	เวลาอ่านหนังสือ มักจะอ่านข้ามบรรทัด หรืออ่านซ้ำบรรทัดเดิม		
4	มักใช้ประสาทสัมผัสที่เหลืออยู่ส่วนอื่นเพื่อสำรวจสิ่งของมากกว่าการใช้สายตา		
5	บอกรายละเอียดของภาพหรือสิ่งของไม่ได้		
6	เดินไม่คล่องตัว ชน และสะดุดวัตถุ		
7	เดินหรือวิ่งไม่สม่ำเสมอ สะดุดพลาดโดยไม่มีสาเหตุ		
8	เบี่ยงตา หรีตา กดตา หรือปิดตาข้างหนึ่งเมื่อใช้สายตา		
9	ขยี้ตาหรือกระพริบตาถี่จนผิดปกติหรือกลอกกลิ้งลูกตาไปมาบ่อยๆ		
10	ชอบหรีตาและป้องแสงไม่ให้เข้าตา		
11	ชอบตาแดง น้ำตาไหล มีน้ำตาไหลเสมอ มีตุ่มหรือฝื่นบนหนังตา และขอบตา		
12	เคลื่อนศีรษะไปมาเพื่อหาจุดที่มองเห็นชัดที่สุด		
13	มักบอกอาการปวดศีรษะ ปวดตา คลื่นไส้ ตาลาย คันตา มองเห็นสิ่งของไม่ชัดเจน		
14	บอกความแตกต่างของสีที่ใกล้เคียงกันหรือสีที่ไม่ตัดกัน เช่น สีเขียวกับสีฟ้า สีขาวกับสีเทา เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 10 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และควรส่งต่อให้จักษุแพทย์ ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

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

ลงชื่อ ใบวุฒิบัตร เลขที่ผู้คัดกรอง
(.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง /นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ
(ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....
ยินยอม ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....
ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่า มีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี ไม่ยินดี
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

(กรณีไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
2. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่”หรือ“ ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
4. ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ไม่มีปฏิกิริยาต่อเสียงดัง เสียงพูด หรือเสียงดนตรี		
2	ไม่ตอบสนองต่อแหล่งกำเนิดเสียง		
3	ใช้ท่าทางแทนการพูด		
4	ออกเสียงระดับเดียวกันแต่ไม่เป็นคำ		
5	ในการสนทนาจะมองปากหรือจ้องหน้าผู้พูดตลอดเวลา		
6	ตอบไม่ตรงคำถามหรือไม่ตอบคำถาม		
7	พูดตามหรือเลียนเสียงพูดไม่ได้		
8	เป็นหรือเคยเป็น โรคหูน้ำหนวก		
9	การแสดงออกทางพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ส่งเสียงดังมากกว่าปกติ เช่น การเดินลงส้นเท้า การรับประทานอาหาร โดยซ่อนกระแทกจาน เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 4 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

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

ลงชื่อ ใบวุฒิบัตร เลขที่ผู้คัดกรอง
(.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง /นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ
(ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....
ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี ไม่ยินดี
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

(กรณีไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
2. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่”หรือ“ ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
4. ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม	
		ใช่	ไม่ใช่
	ทักษะการสื่อสาร		
1	ใช้ภาษาไม่สมวัย		
2	ชอบพูดเรื่อยเปื่อย ไม่มีความหมาย หรือพูดได้แต่ไม่ชัด		
	ทักษะการดูแลตนเอง		
3	มีการดูแลความสะอาดของร่างกายน้อย		
4	มีการดูแลความสะอาดของเครื่องแต่งกายน้อย		
	ทักษะการดำรงชีวิตภายในบ้าน		
5	ต้องกระตุ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่เสมอ		
6	ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ต่ำกว่าวัย		
	ทักษะทางสังคม / การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น		
7	ชอบเล่นกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า		
8	เลียนแบบผู้อื่นโดยไม่ใช้ความคิดของตนเอง		
	ทักษะการรู้จักใช้ทรัพยากรในชุมชน		
9	มีปัญหาด้านพฤติกรรมในการใช้สิ่งของสาธารณะประโยชน์ เช่น ชอบทำลายหรือใช้อย่างไม่ระมัดระวัง		
10	ไม่รู้จักวิธีการใช้ การจัดเก็บ และการดูแลรักษาของส่วนรวม		
	ทักษะการรู้จักดูแลควบคุมตนเอง		
11	เอาแต่ใจตนเอง มีอารมณ์โกรธ ขุนเขี้ยวบ่อย ๆ		

12	มีความสามารถในการเคลื่อนไหวช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกัน		
	ทักษะการนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน		
13	ลืมนำ/จำในสิ่งเรียนมาแล้วไม่ได้		
14	ไม่สามารถนำทักษะที่เรียนรู้ไปแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้		
	ทักษะการทำงาน		
15	ช่วงความสนใจสั้น		
16	ทำตามคำสั่งต่อเนื่อง 2 คำสั่งขึ้นไปได้ยาก สับสนง่าย		
	ทักษะการใช้เวลาว่าง		
17	สนใจสิ่งรอบตัวน้อย		
18	ใช้เวลาว่างแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม		
	ทักษะการรักษาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย		
19	มีปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปากและอวัยวะอื่น ๆ		
20	มีความระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยตนเองน้อย		

หมายเหตุ ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงออกก่อนอายุ 18 ปี

เกณฑ์การพิจารณา

แต่ละทักษะจะต้องมีผลการวิเคราะห์พฤติกรรมทักษะว่าใช้ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าไม่ผ่านทักษะนั้นและหากว่าพบทักษะการปรับตัวไม่ผ่านตั้งแต่ 2 ทักษะขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ควรให้การช่วยเหลือตามความจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนและควรส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

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

ลงชื่อ ใบวุฒิบัตร เลขที่ผู้คัดกรอง
 (.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง /นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ
(ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....
ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี ไม่ยินดี
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ

(กรณีไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
2. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่”หรือ“ ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
4. ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม	
		ทำได้	ทำไม่ได้
	ด้านร่างกาย		
1	มือวิาะไม่สมส่วน หรือแขนขาลีบ		
2	มือวิาะขาดหายไปและเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต		
3	มีการผิดรูปของกระดูกและข้อ		
4	มีลักษณะกล้ามเนื้อแขนขาเกร็ง		
5	มีลักษณะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง		
	ด้านการเคลื่อนไหว		
6	มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ทิศทางการเคลื่อนไหว และจังหวะการเคลื่อนไหว เช่น กระตุก เกร็ง		
7	ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ด้วยตนเอง		
8	ไม่สามารถลุกขึ้นยืนได้ด้วยตนเอง		
9	ไม่สามารถยืนทรงตัวได้ด้วยตนเอง		
10	ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง		
	ด้านสุขภาพ		
11	มีความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เช่น		
	11.1 ประสบอุบัติเหตุ ผ่าตัด เป็นต้น		
	11.2 เป็นโรคเรื้อรังหรือมีภาวะผิดปกติของระบบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้		

	<p>ระบบโลหิต เช่นภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ชาติสซีเมีย ไข11.4 กระดูกฝ่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหัวใจรูมาติก</p> <p>ระบบไต เช่น โรคเนโฟรติก โรคไตเรื้อรัง</p> <p>ระบบประสาท เช่น อัมพาต สมองพิการ ลมชัก</p> <p>ระบบหายใจ เช่น หอบหืดโรคปอด</p> <p>ระบบภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ เช่น ข้ออักเสบ – รูมาตอยด์ , SLE (เอส แอล อี)</p> <p>ระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน แคระ หรือ โดผิดปกติ</p> <p>ระบบผิวหนัง เช่น เด็กดักแด้</p> <p>เป็นต้น</p>		
--	--	--	--

เกณฑ์การพิจารณา

ด้านร่างกายและด้านการเคลื่อนไหว

ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนและควรส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะหรือแพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ด้านสุขภาพ

ถ้าตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสุขภาพควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และควรส่งต่อไปให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

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

ลงชื่อ ใบวุฒิบัตร เลขที่ผู้คัดกรอง
 (.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง /นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ
(ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....
ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี ไม่ยินดี
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

(กรณีไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
2. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่”หรือ“ ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
4. ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์เบื้องต้น / ข้อมูลพื้นฐานของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ดูฉลาดหรือปกติ ในด้านอื่น ๆ นอกจากในด้านการเรียน		
2	ต้องมีปัญหาทางการเรียน ซึ่งอาจทำไม่ได้เลยหรือทำได้ต่ำกว่า 2 ชั้นเรียน ในด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า 1 ด้าน ต่อไปนี้ 1.1 ด้านการอ่าน 1.2 ด้านการเขียน 1.3 ด้านการคำนวณ		
3	ไม่มีปัญหาทางด้านความเห็น การได้ยิน สติปัญญา หรือออทิสติก หรือจากการถูกละทิ้ง ละเลย หรือความด้อยโอกาสอื่น ๆ		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 3 ข้อ แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ควรสังเกตในส่วนที่ 2 ต่อ

ผลการพิจารณาส่วนที่ 1

พบ

ไม่พบ (ถ้าพบสังเกตในส่วนที่ 2 ต่อ)

ส่วนที่ 2

การวิเคราะห์ความบกพร่องทางการเรียนรู้ของเด็กในแต่ละด้าน

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม	
		ใช่	ไม่ใช่
	1. ด้านการอ่าน		
1	อ่านไม่ได้		
2	อ่านช้า อ่านคำต่อคำ จำคำไม่ได้		
3	อ่านสะกดคำไม่ได้		
4	อ่านซ้ำ เช่น ตาไปนา อ่านว่า “ตาไปไปนา” อ่านข้าม เช่นตาไปนา อ่านว่า “ตา-นา” อ่านเพิ่มคำ เช่น ตาไปนา อ่านว่า “ตาไปทำนา”		
5	ผันเสียงวรรณยุกต์ไม่ได้		
6	อ่านสลับตัวอักษรหรือออกเสียงสลับกัน เช่น ม กับ น หรือ ด กับ ต		
7	อ่านผิดประโยค หรือผิดตำแหน่ง อ่านหลงบรรทัด		
8	ไม่รู้ความหมายของคำที่อ่าน		
9	จับใจความสำคัญไม่ได้		
10	มีอาการเครียดขณะอ่าน		
	2. ด้านการเขียน		
1	เขียนเป็นตัวอักษรไม่ได้		
2	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขกลับด้าน คล้ายมองจากกระจกเงา		
3	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขที่มีลักษณะคล้ายกันสลับกัน เช่น ม-น , ด-ค , พ-ย, b-d, p-q, 6-9 เขียนไม่ได้ใจความ		
4	เรียงลำดับตัวอักษรผิด เช่น สติติ เป็น สติถิ		
5	เขียนด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก		
6	เขียนแล้วลบบ่อยๆ		
7	คัดลอกข้อความไม่ได้ ตกหล่น ข้ามบรรทัด หรือเปลี่ยนแปลงข้อความ		
8	การเขียนพยัญชนะจะลากเส้นวน ๆ ซ้ำๆ		
9	เขียนไม่ได้ใจความ		
10	เขียนตามคำบอกไม่ถูกต้อง		
	3. ด้านการคำนวณ		
1	นับจำนวนหรือเรียงลำดับไม่ได้		
2	บอกค่าประจำหลักไม่ได้ เช่น หลักหน่วย หลักสิบ หลักร้อย หลักพัน หลักหมื่น		

3	คำนวณ บวก ลบ คูณ หาร ไม่ได้		
4	คำนวณเลขที่มีการทดหรือการยืมไม่ได้		
5	แก้โจทย์ปัญหาง่าย ๆ ไม่ได้		
6	สับสนไม่เข้าใจเรื่อง เวลา ทิศทาง		
7	ทำเลขผิดบ่อย ๆ		
8	บอกความหมาย หรือสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ไม่ได้ เช่น $+$, $-$, \times , \div , $<$, $>$, \leq , \geq , $=$, \neq		
9	เปรียบเทียบขนาด รูปทรง ระยะทาง ตำแหน่ง ไม่ได้		
10	บอกมาตราซัง ตวง วัด ไม่ได้		

เกณฑ์การพิจารณา

1. ด้านการอ่าน

ถ้าตอบว่าใช่ 7 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน

2. ด้านการเขียน

ถ้าตอบว่าใช่ 7 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการเขียน

3. ด้านการคำนวณ

ถ้าตอบว่าใช่ 7 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการคำนวณ หากพบว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

- พบความบกพร่อง ด้านการอ่าน ด้านการเขียน ด้านการคำนวณ
 ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....
.....

ลงชื่อ ใบอนุบัตร เลขที่.....ผู้คัดกรอง
(.....)

ลงชื่อ ใบอนุบัตร เลขที่ผู้คัดกรอง
(.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง /นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ

(ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่า มีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี ไม่ยินดี

ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา

(กรณีไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
2. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่”หรือ“ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรม นั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
4. ผู้คัดกรองควรมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม	
		ใช่	ไม่ใช่
1	อวัยวะที่ใช้ในการออกเสียงมีความผิดปกติ		
2	ใช้หน่วยเสียงแทนกัน เช่น แทนที่จะพูดว่า “นาฬิกา” พูดว่า “นาทีกา” “เสื่อ” เป็น “เสื่อ” เป็นต้น		
3	พูดด้วยน้ำเสียงไม่ชัดเจน เสียงเพี้ยนมาก หรือเป็นเสียงพึมพำฟังแล้วไม่เข้าใจ		
4	เสียงบางส่วนของคำขาดหายไป เช่น “ความ” เป็น “คาม” เป็นต้น		
5	ความบกพร่องของระดับเสียง เช่น เสียงสูง หรือต่ำตลอดเวลาหรือเสียงที่พูดอยู่ในระดับเดียวตลอด เสียงผิดเพี้ยน ผิดวัย		
6	พูดไม่ถูกลำดับขั้นตอน ไม่เป็นไปตามโครงการของภาษาเช่น ฉันทาลาดไป ข้างกิ้นล้น เป็นต้น		
7	การเว้นวรรคตอนไม่ถูกต้อง เช่น “ผ้าสีเขียวจี้...ม้า” เป็นต้น		
8	อัตราการพูดเร็วหรือช้าเกินไป		
9	พูดตะกุกตะกักหรือพูดติดอ่าง		
10	บกพร่องในเรื่องความเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูด หรือภาษาเขียน หรือระบบสัญลักษณ์		

หมายเหตุ ผู้คัดกรองควรรีบบันทึกพัฒนาการทางภาษาของเด็กทั่วไปควบคู่การประเมิน

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 7 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนและควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....
.....

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

ลงชื่อ ใบวุฒิบัตร เลขที่ผู้คัดกรอง
(.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง /นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ

(ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....
ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี ไม่ยินดี
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์

(กรณีไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
2. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติอย่างมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
4. ผู้คัดกรองควรมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ/พฤติกรรม	ใช่	ไม่ใช่
1	ลักษณะของที่บ้าน ที่โรงเรียนหรือที่อื่นบ่อยๆ		
2	หนีสังคม ปลีกตัวออกจากสังคม เช่น ไม่พูดคุยหรือเล่นกับเพื่อนไม่ร่วมกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัด ชอบอยู่คนเดียว ทำงานคนเดียว เป็นต้น		
3	มีการปรับตัวทางสังคมไม่ถูกต้อง ฝ่าฝืนกฎระเบียบของโรงเรียน หรือสังคม ข่มขู่ คุกคามผู้อื่น		
4	ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเสมอ		
5	ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว-ก่อกวน เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น		
6	ไม่กล้าแสดงออกในชั้นเรียน ขาดความมั่นใจในตนเอง วิตกกังวล หลีกเลียงสถานการณ์ที่ต้องเผชิญจนขาดทักษะการเข้าสังคม		
7	ไม่อยู่นิ่ง ลุกลุกกล่น ขาดความสนใจในการเรียนหรือสิ่งรอบตัว จนเป็นปัญหาต่อการเรียน		
8	หนีเรียนหรือหลีกเลียงการเรียน การทำงาน หรือการทำกิจกรรมเป็นประจำ โดยอ้างว่าไม่สบายหรือแสดงอาการเจ็บป่วยโดยไม่พบสาเหตุผล		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 5 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรือ อารมณ์ ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนและควรส่งต่อ ให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....
.....

ลงชื่อ ใบอนุบัตร เลขที่.....ผู้คัดกรอง
(.....)

ลงชื่อ ใบอนุบัตร เลขที่ผู้คัดกรอง
(.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง /นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ

(ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี ไม่ยินดี

ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

แบบคัดกรองบุคคลออทิสติก

(กรณีไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

ระดับชั้น..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการศึกษาเท่านั้น
2. วิเคราะห์ลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติอย่างมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นต้องผ่านการอบรมวิธีการใช้ และการประเมิน ตามแบบคัดกรองนี้ และควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เช่น ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
4. ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม	
		ใช่	ไม่ใช่
	ด้านพฤติกรรม / อารมณ์		
1	มีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น สะบัดนิ้ว เล่นมือเป็นประจำ คม เคาะ หรือหมุนสิ่งของ เป็นต้น		
2	แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมประจำวัน เช่น เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเส้นทางไปโรงเรียน เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเก้าอี้ในห้องเรียน เป็นต้น		
3	มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัส เช่น เดินเขย่งปลายเท้า ไม่ชอบการกอดรัด ทนต่อเสียงบางอย่างไม่ได้ เป็นต้น		
4	มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เช่น ชอบวิ่ง เดินไปมารอบห้อง เป็นต้น		
5	ไม่เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น เช่น ไม่เข้าใจเวลาเพื่อน โกรธ เศร้า เสียใจ เป็นต้น		
	ด้านการสื่อความหมาย		
6	แสดงความต้องการ โดยการจูงมือ เช่น เด็กจะจูงมือผู้ปกครอง/ครูเพื่อนำไปทำสิ่งที่ต้องการ เป็นต้น		
7	ใช้ภาษาพูดของตนเองที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ		
8	พูดเลียนแบบผู้อื่นหรือผู้ทวนคำถาม		

9	พูดคำซ้ำๆ ที่เคยได้ยินบ่อย เช่น พูดตามโฆษณาที่ได้ยินจากโทรทัศน์		
10	ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับผู้อื่นได้		
11	พูดเรื่องที่ตนสนใจโดยไม่สนใจผู้ฟัง		
12	ไม่เข้าใจคำที่เป็นนามธรรม เช่น การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่		
	ด้านสังคม		
13	ไม่มองสบตากับผู้อื่นขณะสนทนา		
14	ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ไม่เล่นกับเพื่อน ไม่สนใจคนรอบข้าง เป็นต้น		
15	มีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบข้างไม่เหมาะสม เช่น เล่นกับเพื่อนแรง		
16	แสดงพฤติกรรมการตอบสนองทางอารมณ์ และสังคมไม่เหมาะสม เช่น ส่งเสียงกรี๊ดร้อง ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจ เป็นต้น		
17	แยกตัวออกมาอยู่ตามลำพัง เช่น ในขณะที่เพื่อนทำกิจกรรมกลุ่ม ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม		
18	ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎกติกา ระเบียบ หรือข้อตกลงได้ เช่น ไม่รู้จักการรอคอย ไม่รู้จักการเข้าแถว เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ อย่างน้อย 2 ด้านๆละ 2 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็น
บุคคลออทิสติก ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนและ
ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....
.....

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

ลงชื่อ ใบวุฒิบัตร เลขที่ผู้คัดกรอง
(.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง /นางสาว).....เป็นผู้ปกครองของ

(ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ตามแบบคัดกรองนี้

เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี ไม่ยินดี

ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)