

ที่ ศก ๕๑๐๐๘/ ๒๕๖๑



องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
๓๕๐ หมู่ ๓ ถนนเลี่ยงเมือง
ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมืองศรีสะเกษ
จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๐๐๐

๒๕

กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง การดำเนินการคัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา(นักเรียนในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ)

เรียน ผู้อำนวยการสถานศึกษาในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องกำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคณพิการ
ทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๒ ลงวันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบคัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบกรอกข้อมูลนักเรียนรายบุคคล(แบบที่ ๒) จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบรายงาน นักเรียนฯ (แบบที่ ๑) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ประสงค์จะดำเนินการสำรวจข้อมูลการจัดบริการ
สาธารณะขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ตามความรับผิดชอบของกองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม
ในด้านที่ ๔ ด้านการศึกษา ภารกิจที่ ๑๒ ตัวชี้วัด ข้อที่ ๑๒.๗ ข้อที่ ๑๒.๘ และข้อที่ ๑๒.๙ ที่เกี่ยวกับการ
ดำเนินงานเกี่ยวกับ เด็กพิการ เด็กยากจน เด็กพิเศษและเด็กด้อยโอกาส เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพิจารณา
ปรับปรุงพัฒนาภารกิจตามตัวชี้วัดดังกล่าว จึงแจ้งมายังโรงเรียนในสังกัดทุกแห่งได้ดำเนินการสำรวจและ
คัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา(นักเรียนในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ)
โดยให้โรงเรียนได้ศึกษาทำความเข้าใจในเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด และดำเนินการดังนี้

๑. ดำเนินการคัดกรองเฉพาะนักเรียนที่มีความเสี่ยง หรือมีพฤติกรรมหรือแนวโน้มจะเป็น
ผู้พิการตามรายละเอียดในแบบคัดกรองทั้ง ๔ ประเภท
๒. กรอกข้อมูลลงในแบบที่ ๒ แบบรายงานข้อมูลนักเรียนรายบุคคล
๓. กรอกข้อมูลลงในแบบที่ ๑ รายงาน อบจ.ศก. /สรุป
๔. ให้โรงเรียนดำเนินการจัดส่งเอกสารแบบที่ ๑ รายงาน อบจ.ศก. /สรุปและแบบที่ ๒
แบบรายงานข้อมูลนักเรียนรายบุคคล คืน กองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ภายในวันที่ ๒๐ สิงหาคม
๒๕๖๑ เพื่อจะได้รวบรวมข้อมูลและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่
แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอดิศักดิ์ แซ่จิง)

งานนิเทศฯ ฝ่ายบริหารการศึกษา
กองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม
โทรศัพท์ / โทรสาร ๐-๔๕๘๑-๔๖๗๓

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ปฏิบัติราชการแทน
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ

เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคณพิการทางการศึกษา

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓ และมาตรา ๔ แห่งพระราชบัญญัติการจัดการศึกษา
สำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ จึงออกประกาศกำหนดประเภท
และหลักเกณฑ์ของคณพิการทางการศึกษา ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและ
หลักเกณฑ์ของคณพิการทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๒”

ข้อ ๒ ประเภทของคณพิการ มีดังต่อไปนี้

- (๑) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น
- (๒) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
- (๓) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
- (๔) บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ
- (๕) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้
- (๖) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา
- (๗) บุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรม หรืออารมณ์
- (๘) บุคคลออทิสติก
- (๙) บุคคลพิการซ้อน

ข้อ ๓ การพิจารณาคณพิการที่มีความบกพร่องเพื่อจัดประเภทของคณพิการ ให้มีหลักเกณฑ์
ดังต่อไปนี้

(๑) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ได้แก่ บุคคลที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับเล็กน้อย
จนถึงตาบอดสนิท ซึ่งแบ่งเป็น ๒ ประเภทดังนี้

(๑.๑) คนตาบอด หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็นมาก จนต้องใช้ไม้เท้าสัมผัสและเสียง
หากตรวจวัดความชัดของสายตาข้างดีเมื่อแก่ไขแล้ว อยู่ในระดับ ๖ ส่วน ๖๐ (๖/๖๐) หรือ ๒๐ ส่วน ๒๐๐
(๒๐/๒๐๐) จนถึงไม่สามารถรับรู้เรื่องแสง

(๑.๒) คนเห็นเลือนราง หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็น แต่ยังสามารถอ่านอักษรตัวพิมพ์ขยายใหญ่ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก หากวัดความชัดเจนของสายตาดำรงดีเมื่อแก้ไขแล้วอยู่ในระดับ ๖ ส่วน ๑๘ (๖/๑๘) หรือ ๒๐ ส่วน ๓๐ (๒๐/๓๐)

(๒) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ บุคคลที่สูญเสียการได้ยินตั้งแต่ระดับหูตึงน้อยจนถึงหูหนวก ซึ่งแบ่งเป็น ๒ ประเภท ดังนี้

(๒.๑) คนหูหนวก หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการได้ยินมากจนไม่สามารถเข้าใจการพูดผ่านทางการได้ยินไม่ว่าจะใส่หรือไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง ซึ่งโดยทั่วไปหากตรวจการได้ยินจะมีการสูญเสียการได้ยิน ๕๐ เดซิเบลขึ้นไป

(๒.๒) คนหูตึง หมายถึง บุคคลที่มีการได้ยินเหลืออยู่เพียงพอที่จะได้ยินการพูดผ่านทางการได้ยิน โดยทั่วไปจะใส่เครื่องช่วยฟัง ซึ่งหากตรวจวัดการได้ยินจะมีการสูญเสียการได้ยินน้อยกว่า ๕๐ เดซิเบลลงมาถึง ๒๖ เดซิเบล

(๓) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่ บุคคลที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติตน (Functioning) ในปัจจุบัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือ ความสามารถทางสติปัญญาดำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญร่วมกับความจำกัดของทักษะการปรับตัวอีกอย่างน้อย ๒ ทักษะจาก ๑๐ ทักษะ ได้แก่ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้านทักษะทางสังคม/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรู้จักใช้ทรัพยากรในชุมชน การรู้จักดูแลควบคุมตนเอง การนำความรู้มาใช้ในการชีวิตประจำวัน การทำงาน การใช้เวลาว่าง การรักษาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย ทั้งนี้ได้แสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ ๑๘ ปี

(๔) บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น ๒ ประเภท ดังนี้

(๔.๑) บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ บุคคลที่มีอวัยวะไม่สมบูรณ์หรือขาดหายไป กระดูกหรือกล้ามเนื้อผิดปกติ มีอุปสรรคในการเคลื่อนไหว ความบกพร่องดังกล่าวอาจเกิดจากโรคทางระบบประสาท โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การไม่สมประกอบ มาแต่กำเนิด อุบัติเหตุและโรคติดต่อ

(๔.๒) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ ได้แก่ บุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ซึ่งมีผลทำให้เกิดความจำเป็นต้องได้รับการศึกษาพิเศษ

(๕) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ได้แก่ บุคคลที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วนที่แสดงถึงความบกพร่องในกระบวนการเรียนรู้ที่อาจเกิดขึ้นเฉพาะความสามารถด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน คือ การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ ซึ่งไม่สามารถเรียนรู้ในด้านที่บกพร่องได้ ทั้งที่มีระดับสติปัญญาปกติ

(๖) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา ได้แก่ บุคคลที่มีความบกพร่องในการเปล่งเสียงพูด เช่น เสียงผิดปกติ อัตราความเร็วและจังหวะการพูดผิดปกติ หรือบุคคลที่มีความบกพร่อง ในเรื่องความเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูด การเขียนหรือระบบสัญลักษณ์อื่นที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งอาจเกี่ยวกับรูปแบบ เนื้อหาและหน้าที่ของภาษา

(๗) บุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรม หรืออารมณ์ ได้แก่ บุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างมาก และปัญหาทางพฤติกรรมนั้นเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์หรือความคิด เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม เป็นต้น

(๘) บุคคลออทิสติก ได้แก่ บุคคลที่มีความผิดปกติของระบบการทำงานของสมองบางส่วน ซึ่งส่งผลต่อความบกพร่องทางพัฒนาการด้านภาษา ด้านสังคมและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรม หรือมีความสนใจจำกัดเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยความผิดปกตินั้นค้นพบได้ก่อนอายุ ๓๐ เดือน

(๙) บุคคลพิการซ้อน ได้แก่ บุคคลที่มีสภาพความบกพร่องหรือความพิการมากกว่าหนึ่งประเภทในบุคคลเดียวกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

จรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ

**แบบคัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา
นักเรียนในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ**

แบบที่ 1 รายงาน อบจ.ศก./สรุป

แบบรายงานนักเรียน เรียนร่วม/เรียนรวม รายโรงเรียน กรณีเด็กด้อยโอกาส/เด็กพิการ/เด็กพิเศษ หรือเด็กยากจนที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ

โรงเรียน องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

ชั้น	ด้วยโอกาส	พิเศษ	ยากจน	ประเภทความพิการ																				รวมทั้งสิ้น					
				1.1		1.2		2.1		2.2		3		4		5		6		7		8				9		10	
				ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
				ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
อ.บ.1																													
อ.บ.2																													
อ.บ.3																													
ป.1																													
ป.2																													
ป.3																													
ป.4																													
ป.6																													
ม.1																													
ม.2																													
ม.3																													
ม.4																													
ม.5																													
ม.6																													
รวม																													

ลงชื่อผู้รายงาน

ผู้อำนวยการสถานศึกษา

แบบกรอกข้อมูลนักเรียนรายบุคคล

กรณีเด็กด้อยโอกาส/เด็กพิการ/เด็กพิเศษ หรือเด็กยากจนที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระเกษ

โรงเรียน ตำบล อำเภอ

ที่	ชื่อ - สกุล	ระดับชั้น	อายุ	ประเภท				ที่อยู่ /หมายเลขโทรศัพท์ครู/ผู้ปกครองที่ดูแล	รายละเอียดความต้องการความช่วยเหลือ
				เด็กพิการ (ระบุ)	เด็กพิเศษ	เด็กยากจน	เด็กด้อยโอกาส		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

ลงชื่อผู้รายงาน

(.....)

ผู้อำนวยการสถานศึกษา

หมายเหตุ

ในการระบุข้อมูลลงในช่องเด็กฝึกการให้หมายเลขกำกับ

1. บทพร่องทางการเห็น
 - 1.1 บอด
 - 1.2 เลื่อนราง
2. บทพร่องทางการได้ยิน
 - 2.1 หูหนวก
 - 2.2 หูตึง
3. บทพร่องทางสติปัญญา
4. บทพร่องทางร่างกาย
5. บทพร่องทางการเรียนรู้
6. บทพร่องทางการพูดและภาษา
7. บทพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์
8. ออทิสติก
9. ความพิการซ้ำซ้อน
10. ไม่ระบุประเภทความพิการ

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา
นักเรียนในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น

ชื่อ-นามสกุล เพศ.....
 อายุ ปี เดือน วัน เดือน ปี เกิด.....
 ชั้น..... วันที่ประเมิน ครั้งที่

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และ ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
1	เดินรุ่มร่าม ชน และสะดุดวัตถุ		
2	เดินหรือวิ่งไม่สม่ำเสมอ สะดุดพลาดโดยไม่มีสาเหตุ		
3	ก้มศรีษะ เอนศรีษะ เมื่อมองสิ่งของที่วางอยู่ตรงหน้า		
4	มองภาพหรือสิ่งของ ต้องเดินเข้าไปมองใกล้ๆ		
5	เบี่ยงตา หรีตา กดตา หรือปิดตาข้างหนึ่งเมื่อใช้สายตา		
6	เวลาอ่านหนังสือ มักจะอ่านข้ามบรรทัด หรืออ่านซ้ำบรรทัดเดิม		
7	ขยี้ตาหรือกระพริบตาถี่จนผิดปกติหรือกลอกกลิ้งลูกตาไปมาบ่อยๆ		
8	ชอบหรีตาและป้องแสงไม่ให้เข้าตา		
9	ชอบตาแดง น้ำตาคลอ มีน้ำตาไหลเสมอ มีตุ่มหรือผื่นบนหนังตา และขอบตา		
10	เคลื่อนไหวศรีษะไปมาเพื่อหาจุดที่มองเห็นชัดที่สุด		
11	มักใช้ประสาทสัมผัสที่เหลืออยู่ส่วนอื่นเพื่อสำรวจสิ่งของมากกว่าการใช้สายตา		
12	มักบอกอาการปวดศรีษะ ปวดตา คลื่นไส้ ตาตาย คันตา มองเห็นสิ่งของไม่ชัดเจน		
13	ไม่สามารถบอกรายละเอียดของภาพหรือสิ่งของได้		
14	ไม่สามารถบอกความแตกต่างของสีที่ใกล้เคียงกันหรือสีที่ไม่ตัดกัน เช่น สีเขียวกับสีฟ้า สีขาวกับสีเทา เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 10 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น
ควรส่งต่อไปแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทาง
การศึกษาของผู้เรียนต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ชื่อ-นามสกุล เพศ.....
 อายุ ปี เดือน วัน เดือน ปี เกิด.....
 ชั้น..... วันที่ประเมิน ครั้งที่.....
 คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรมหรือประวัติของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ไม่มีปฏิกิริยาต่อเสียงดัง เสียงพูด หรือเสียงดนตรี		
2	ไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก		
3	ไม่พูด แต่ใช้กิริยาท่าทางแทน		
4	พูดไม่ชัด พูดเสียงผิดปกติ พูดเสียงในระดับเดียวกันตลอด		
5	ในการสนทนาจะมองปากหรือจ้องหน้าผู้พูดตลอดเวลา		
6	ตอบไม่ตรงคำถามหรือไม่ตอบคำถาม		
7	พูดตามหรือเลียนเสียงพูดไม่ได้		
8	มีประวัติเป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 3 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ควรส่งต่อไปให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ชื่อ-นามสกุล เพศ.....

อายุปีเดือนวัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ครั้งที่

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรมหรือประวัติของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่ ” หรือ “ไม่ใช่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
1	มีปัญหาการประสานสัมพันธ์ระหว่างมือกับสายตาขณะปฏิบัติกิจกรรม		
2	มีความสามารถในการเคลื่อนไหวช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกัน		
3	ไม่พูดหรือพูดได้แต่ไม่ชัด		
4	ใช้ภาษาไม่สมวัย		
5	ช่วงความสนใจสั้น / ไม่มีสมาธิในการเรียน การทำงาน		
6	ทำตามคำสั่งต่อเนื่อง 2 คำสั่งขึ้นไปได้ยาก สับสนง่าย		
7	ลืมง่าย/ จำในสิ่งที่เรียนแล้วไม่ได้		
8	เรียนรู้บทเรียนได้ช้าต้องเรียนซ้ำแล้วซ้ำอีก เช่นการคิดคำนวณ การเขียน การอ่านสรุปความ		
9	เลียนแบบผู้อื่นโดยไม่ใช้ความคิดของตนเอง		
10	ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ต่ำกว่าวัย		
11	นำทักษะที่เคยเรียนรู้แล้วนำไปใช้สถานการณ์อื่นได้น้อย		
12	ชอบเล่นกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า		
13	ตอบสนองสิ่งต่างๆช้า		
14	ตอบสนองสิ่งต่างๆในลักษณะที่ไม่เหมาะสม		
15	มีอาการเกร็งหรือ อ่อนแอบ่อยๆ		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
16	ลึบสนง่าย		
17	มักทำตามคำสั่งไม่ได้		
18	สรุปความไม่ค่อยได้		
19	เขียนประโยคไม่ถูกต้อง		
20	ชอบลอกเลียนแบบไม่ใช้ความคิดของตนเอง		
21	ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลตลอด		
22	ไม่สนใจสิ่งที่อยู่รอบตัว		
23	ชอบทำอะไรซ้ำๆ ในลักษณะเดิม		
24	จิตใจวอกแวกง่าย		
25	ไม่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 15 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ควรส่งต่อไปให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตรวจวัดอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

ลงชื่อผู้คัดกรอง
 (.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง
 (.....)

หมายเหตุ

บุคคลที่บกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง บุคคลที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ เมื่อวัดระดับเชาว์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ = 70 หรือต่ำกว่า) ความสามารถในการปรับตัวบกพร่องอย่างน้อย 2 ด้านใน 10 ด้าน ต่อไปนี้

1. การสื่อความหมาย
2. การดูแลตนเอง
3. การดำรงชีวิตภายในบ้าน
4. ทักษะทางสังคม/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
5. การรู้จักควบคุมตนเอง
6. การรู้จักใช้สาธารณสมบัติในชุมชน
7. การเรียนรู้ทางวิชาการ
8. การทำงาน
9. การใช้เวลาว่าง
10. การรักษาสุขภาพอนามัย และความปลอดภัย

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเกิดได้ตั้งแต่ทารกเริ่มปฏิสนธิในครรภ์จนถึงอายุ 18 ปี โดยแบ่งความบกพร่องของสติปัญญา 4 ระดับดังนี้

- 10.1 บกพร่องระดับเล็กน้อย เชาว์ปัญญา(IQ) ประมาณ 50-70
- 10.2 บกพร่องระดับปานกลาง เชาว์ปัญญา(IQ) ประมาณ 35-49
- 10.3 บกพร่องระดับรุนแรง เชาว์ปัญญา(IQ) ประมาณ 20-34
- 10.4 บกพร่องระดับรุนแรงมาก เชาว์ปัญญา(IQ) ประมาณ น้อยกว่า 20

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพ

ชื่อ-นามสกุล เพศ.....
 อายุปีเดือนวัน เดือน ปี เกิด.....
 ชั้น..... วันที่ประเมิน ครั้งที่.....
 คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรมหรือประวัติของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ ทำได้ ” หรือ “ ทำไม่ได้ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ทำได้	ทำไม่ได้
1	นั่งโดยไม่ต้องช่วย		
2	นั่งบนเก้าอี้ที่ไม่มีเท้าแขนและพนักพิง		
3	นั่งพื้นและลุกขึ้น		
4	ยืน 2 ขา		
5	ยืนขาเดียวได้ 5 วินาที		
6	เดินโดยไม่ใช้เครื่องช่วย		
7	ลุกขึ้นจากการนั่งเก้าอี้หรือโซฟา		
8	วิ่ง		
9	กระโดด 2 ขา		
10	กระโดดขาเดียว		
	ลักษณะ / พฤติกรรม		
11	เดินสลับเท้าขึ้นลงบันได		
12	รับโยนบอลอย่างมีทิศทาง		
13	เตะบอลไปข้างหน้า		
14	ถีบจักรยานสามล้อ		
15	เดินโดยถือสิ่งของ		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ทำได้	ทำไม่ได้
16	การใช้มือจับช้อนและส้อมตักอาหารเข้าปาก		
17	การใช้มือยกแก้วน้ำดื่ม		
18	ใช้มือข้างหนึ่งหวีผมแล้วอีกข้างหนึ่งจัดแต่งผม		
19	ใช้มือทั้ง 2 ข้าง ดัดกระดุม สวมกระโปรงหรือกางเกง		
20	พลิกตัวบนเตียง		
21	ลุกจากนั่งเป็นยืน		
22	เดินบนพื้นราบ ไม่น้อยกว่า 10 ก้าว		
23	ก้าวขึ้นลงบันได ไม่น้อยกว่า 4 ขั้น โดยไม่เกาะราว		
24	ย้ายของเล่นจากมือหนึ่งไปอีกมือหนึ่ง		
25	กำวัตถุทรงกระบอกขนาดเล็ก เช่น เทียนไข ดินสอ		
26	ขีดเส้น ลากเส้นตรง โกงัด กด		
27	ขีดเขียนในแนวนอน / แนวตั้ง		
28	ต่อก้อนไม้หรืออื่น ๆ เป็นตึกสูง		
29	ต่อภาพตัดต่อ (จิกซอร์) 3 ชั้น		
30	เปิด - ปิด ขวดฝาเกลียว		
31	ต่อก้อนไม้เป็นสะพานหรือตามแบบที่กำหนด		
32	ร้อยลูกปัดขนาดต่าง ๆ		
33	ตัดกระดาษขาดจากกันโดยใช้กรรไกร		
34	ตัดกระดาษเป็นรูปทรงพื้นฐานได้ (วงกลม สามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม)		
35	ทำงานโดยใช้มือสองข้างพร้อมกัน		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าทำไม่ได้ 21 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพ ควรส่งต่อไปแพทย์ตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

ชื่อ-นามสกุล เพศ.....

อายุ ปี เดือน วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ครั้งที่

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา เหมาะสำหรับเด็กที่มีอายุระหว่าง 5-9 ปี
2. แบบคัดกรองฉบับนี้แยกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2
3. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรมหรือประวัติของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ ใช่ ” หรือ “ ไม่ใช่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
4. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ครูที่รู้จักเด็กเป็นอย่างดีอย่างน้อยเป็นเวลา 3 เดือน เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ส่วนที่ 1 การสังเกตเบื้องต้น/ข้อมูลพื้นฐานของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้

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

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 3 ข้อ แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ควรสังเกตในส่วนที่ 2 ต่อ

ผลการพิจารณาส่วนที่ 1

☐ พบ

☐ ไม่พบ (ถ้าพบสังเกตในส่วนที่ 2 ต่อ)

ส่วนที่ 2 การสังเกตปัญหาทางการเรียนรู้ของเด็กในแต่ละด้าน

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
	1. ความบกพร่องด้านการอ่าน		
1	อ่านไม่ได้		
2	อ่านช้า อ่านคำต่อคำ จำคำไม่ได้		
3	อ่านสะกดคำไม่ได้		
4	อ่านซ้ำ อ่านข้าม หรืออ่านเพิ่มคำ		
5	ผันเสียงวรรณยุกต์ไม่ได้		
6	อ่านสลับตัวอักษรหรือออกเสียงสลับกัน เช่น ม กับ น หรือ ค กับ ต		
7	อ่านผิดประโยค หรือผิดตำแหน่ง อ่านหลงบรรทัด		
8	ไม่รู้ความหมายของคำที่อ่าน		
9	จับใจความสำคัญไม่ได้		
	2. ความบกพร่องด้านการเขียน ภาษาเขียน และการสะกดคำ		
1	เขียนเป็นตัวอักษรไม่ได้		
2	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขกลับด้าน คล้ายมองจากกระจกเงา		
3	เขียนไม่ได้ใจความ		
4	เขียนด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก		
5	เรียงลำดับตัวอักษรผิด เช่น สถิติ เป็น ตติถิ		
6	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขที่มีลักษณะคล้ายกันสลับกัน เช่น ม-น , ค-ก , พ-ย , b-d, p-q, 6-9		
	3. ความบกพร่องด้านการคำนวณ		
1	นับจำนวนไม่ได้		
2	ไม่เข้าใจค่าของจำนวน เช่น หน่วยสิบ ร้อย พัน หมื่น เป็นเท่าใด		
3	คำนวณ บวก ลบ คูณ หาร ไม่ได้		
4	คำนวณเลขที่มีการทดหรือการยืมไม่ได้		
5	แก้ปัญหาโจทย์เลขง่าย ๆ ไม่ได้		
6	ไม่เข้าใจหลักการพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ เช่น การจำตัวเลข รูปทรง คณิตศาสตร์ เข้าใจความหมาย สัญลักษณ์ เวลา ทิศทาง ขนาด ระยะทาง การจัดลำดับ การเปรียบเทียบ ฯลฯ		

เกณฑ์การพิจารณา

พิจารณาในด้าน

1. ความบกพร่องด้านการอ่าน

ถ้าตอบว่าใช่ 6 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน

2. ความบกพร่องด้านการเขียน

ถ้าตอบว่าใช่ 4 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ด้านการเขียน

3. ความบกพร่องด้านการคำนวณ

ถ้าตอบว่าใช่ 4 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ด้านการคำนวณ

ควรส่งต่อไปให้จิตแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาตรวจสอบอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อ

ความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง ด้าน (การอ่าน การเขียน การคำนวณ)

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา

ชื่อ-นามสกุล เพศ.....
 อายุปีเดือนวัน เดือน ปี เกิด.....
 ชั้น..... วันที่ประเมิน ครั้งที่

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ใช้หน่วยเสียงแทนกัน เช่น แทนที่จะพูดว่า “นาฬิกา” พูดว่า “นากี้ก้า” “เลื่อ” เป็น “เลื่อ” เป็นต้น		
2	ออกเสียงไม่ครบทุกเสียงไม่ว่าเสียงพยัญชนะนั้นอยู่ตำแหน่งใดของคำ เช่น “กลาง” เป็น “กาง” “กล้วย” เป็น “ก้วย” เป็นต้น		
3	พูดด้วยน้ำเสียงไม่ชัดเจน เสียงเพี้ยนมาก หรือเป็นเสียงพิมพ์พาดังแล้วไม่เข้าใจ		
4	พูดตะกุกตะกักหรือพูดติดอ่าง		
5	พูดเติมเสียงสระหรือพยัญชนะเข้าไปในคำ เช่น “กวาง” เป็น “กะวาง”		
6	เปล่งเสียงสูง – ต่ำ ไม่ได้ หรือออกเสียงสูง – ต่ำผิด ออกเสียงวรรณยุกต์ผิด		
7	ใช้ภาษาไม่ถูกหลักไวยากรณ์		
8	มีความสามารถทางภาษาคำกว่าวัย		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ 6 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา ควรส่งต่อไปให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือตามความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์

ชื่อ-นามสกุล เพศ.....
 อายุ ปี เดือน วัน เดือน ปี เกิด.....
 ชั้น..... วันที่ประเมิน ครั้งที่

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และ ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ ไข่ ” หรือ “ ไม่ไข่ ” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิด ความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ/พฤติกรรม	ไข่	ไม่ไข่
1	บ่นหรืออ้างว่าไม่สบายหรือแสดงอาการเจ็บป่วยโดยไม่พบสาเหตุ เพื่อหลีกเลี่ยงการเรียน การทำงานหรือการทำกิจกรรม		
2	ลักษณะของที่บ้าน ที่โรงเรียนหรือที่อื่น		
3	ไม่พบหรือพูดคุยกับเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิด ปฏิเสธทุกคนที่เกี่ยวข้อง		
4	ไม่เคารพยำเกรงผู้อื่น ฝ่าฝืนกฎระเบียบของโรงเรียน หรือสังคม ข่มขู่ คุกคามผู้อื่น		
5	ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเสมอ		
6	ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว-ก่อกวน เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น		
7	ขาดความมั่นใจในตนเอง หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ จนขาดทักษะการเข้าสังคม		
8	อยู่หนึ่งไม่ได้ ลูกลี้หลุกหลบ ขาดความสนใจในการเรียนหรือสิ่งรอบตัว จนเป็นปัญหาต่อการเรียน		
9	หนีเรียนเป็นประจำ ผลการเรียนตกต่ำ		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าไข่ 4 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรือ อารมณ์ ควรส่งต่อให้จิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือตาม ความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง
(.....)

แบบคัดกรองบุคคลออทิสติก

ชื่อ-นามสกุล เพศ.....

อายุ ปี เดือน วัน เดือน ปี เกิด.....

ชั้น..... วันที่ประเมิน ครั้งที่

คำชี้แจง

1. แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นแบบจำแนกทางการศึกษา
2. สังเกตลักษณะ/พฤติกรรม ของเด็กซึ่งเป็นลักษณะหรือพฤติกรรม ที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ และ ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับลักษณะหรือพฤติกรรมนั้น ๆ ของเด็ก
3. ผู้ทำการคัดกรองเบื้องต้นคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ได้แก่ ผู้ปกครองหรือครู เพื่อให้เกิด ความชัดเจน ถูกต้อง

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
	พฤติกรรม/อารมณ์		
1	แยกตัวออกมาอยู่ตามลำพังคนเดียว		
2	ไม่รับรู้อารมณ์ของผู้อื่น		
3	ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง		
4	ไม่เข้าใจวิธีเล่น ไม่รู้และไม่รับรู้กฎกติกาของการเล่น		
5	มีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น สะบัดนิ้วหรือ เล่นมือเป็นประจำ เป็นต้น		
6	จัดเรียงลำดับวัตถุในตำแหน่งหรือแบบเดิมๆ หากวัตถุเคลื่อนย้ายจะวิตกกังวล เช่น เรียงก้อนไม้เป็นแถว เป็นต้น		
7	เดินหรือยืนเขย่งบนปลายเท้า		
	ด้านการสื่อความหมาย		
8	ไม่พูดหรือใช้ภาษาพูดของตนเองที่คนอื่นไม่เข้าใจหรือผิดไวยากรณ์		
9	พูดเลียนแบบผู้อื่นหรือผู้ทวนคำถาม		
10	พูดคำซ้ำๆ จากหนังสือหรือจากที่เคยได้ยินมาก่อน		
11	ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับเพื่อนหรือผู้ใหญ่ได้		
12	ใช้ท่าทางแทนที่จะใช้คำพูดเมื่อขอสิ่งของใดๆ		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	การสังเกต	
		ใช่	ไม่ใช่
	ด้านสังคม		
13	ไม่มองสบตากับผู้อื่น		
14	ขาดจินตนาการในการเล่น		
15	ไม่เล่นกับผู้อื่น ชอบอยู่คนเดียว		
16	ไม่สามารถเริ่มต้นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ในทุกด้านของพัฒนาการ อย่างน้อยด้านละ 2 ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลออทิสติก ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจอีกครั้ง และให้การช่วยเหลือต่อความต้องการพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนต่อไป

ผลการคัดกรอง

☐ พบความบกพร่อง

☐ ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

ลงชื่อผู้คัดกรอง
 (.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง
 (.....)