

**แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น
(เนื่องจากไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)**

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 เพื่อให้ เกิด ความชัดเจน ถูกต้อง
- ๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

| ที่ | ลักษณะ / พฤติกรรม | ผลการวิเคราะห์ | |
|-----|--|----------------|--------|
| | | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ๑ | มักก้มศีรษะมองสิ่งของ หนังสือ รูปภาพหรือ นำเข้ามาดูใกล้ๆ ตา | | |
| ๒ | เมื่อดูป้ายข้อความ รูปภาพ วัตถุสิ่งของต่างๆ ตามสาธารณะ ต้องเข้าไปดูใกล้ๆ | | |
| ๓ | ขณะอ่านหนังสือ มักจะอ่านซ้ำบรรทัดเดิม หรืออ่านข้ามบรรทัด | | |
| ๔ | มักใช้ประสาทสัมผัสส่วนอื่น เพื่อสำรวจ / หาสิ่งของ ควบคู่กับ การใช้สายตา | | |
| ๕ | บอกรายละเอียดของภาพหรือสิ่งของไม่ได้ | | |
| ๖ | เดินด้วยความระมัดระวังกว่าปกติ เดินไม่คล่องตัว มักชนและสะดุดวัตถุ | | |
| ๗ | หรีต่า กระพริบตา ขยี้ตา กัดตา เมื่อใช้สายตามากๆ | | |
| ๘ | เคลื่อนศีรษะไปมา เพื่อหาจุดที่มองเห็นชัดที่สุด | | |
| ๙ | มักมีอาการปวดศีรษะ ปวดตา ตาลาย คันทา มองเห็นสิ่งของเคลื่อนไหวไปมา | | |
| ๑๐ | บอกความแตกต่างของสีที่ใกล้เคียงกัน หรือสีที่ไม่ตัดกันไม่ได้ เช่น สีเขียวกับสีฟ้า สีแดงกับสีส้ม | | |

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๕ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียนและส่งต่อให้จักษุแพทย์ ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

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

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

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว)..... เป็น
ผู้ปกครองของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว)..... ยินยอม
 ไม่ยินยอม

ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.).....
ตามแบบคัดกรองนี้เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี
ไม่ยินดี

ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)