

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
(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 เพื่อให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง
- ๔ ผู้คัดกรองควรจะมีอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป

| ที่ | ลักษณะ / พฤติกรรม | ผลการวิเคราะห์ | |
|-----|--|----------------|--------|
| | | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ๑ | ไม่หันศีรษะหาเสียงเมื่อเรียกชื่อจากข้างหลัง | | |
| ๒ | ไม่ตอบสนองหรือหันไปมองที่มาของเสียงซึ่งเกิดอยู่รอบๆ ห้อง | | |
| ๓ | มักใช้ท่าทางในการสื่อความหมายกับผู้อื่นไม่ใช่ภาษาพูด | | |
| ๔ | ออกเสียงในระดับเดียวกันแต่ไม่เป็นคำ | | |
| ๕ | ในการสนทนาจะมองปากหรือจ้องหน้าจ้องตาผู้พูดตลอดเวลา | | |
| ๖ | ตอบไม่ตรงคำถามหรือไม่ตอบคำถาม | | |
| ๗ | พูดตามหรือเลียนเสียงพูดไม่ได้ | | |
| ๘ | เป็นหรือเคยเป็นโรคหูน้ำหนวก | | |
| ๙ | การแสดงออกทางพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ส่งเสียงดังมากกว่าปกติ เช่น การเดินลงส้นเท้า การรับประทานอาหารโดยซอมนกระหนาบจาน เป็นต้น | | |

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ ๓ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....

ลงชื่อ ใบุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)
(.....)

ลงชื่อ ใบุฒิบัตร เลขที่.....(ผู้คัดกรอง)
(.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว)..... เป็นผู้ปกครอง
ของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว) ยินยอม ไม่ยินยอม
ให้ดำเนินการคัดกรอง (ด.ช./ ด.ญ./ นาย /
น.ส.).....

ตามแบบคัดกรองนี้เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น

ยินดี ไม่ยินดีให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)