

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ  
(เนื่องจากไม่มีใบรับรองความพิการ/สมุดประจำตัวคนพิการ/ใบรับรองแพทย์)

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

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

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
	<b>ด้านร่างกาย</b>		
๑	มือวิ้งงว่ะไม่สมส่วน หรือแขน ขา ลีบ		
๒	มือวิ้งงว่ะขาดหายไปและเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต		
๓	มีการผิดรูปของกระดูกและข้อ		
๔	มีลักษณะกล้ามเนื้อแขนขาเกร็ง		
๕	มีลักษณะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง		
	<b>ด้านการเคลื่อนไหว</b>		
๖	มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ทิศทางการเคลื่อนไหว และจังหวะการเคลื่อนไหว เช่น กระตุก เกร็ง		
๗	ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ด้วยตนเอง		
๘	ไม่สามารถลุกขึ้นยืนได้ด้วยตนเอง		
๙	ไม่สามารถยืนทรงตัวได้ด้วยตนเอง		
๑๐	ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
	<b>ด้านสุขภาพ</b>		
๑๑	<p>มีความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เช่น</p> <p>๑๑.๑ ประสบอุบัติเหตุ ผ่าตัด เป็นต้น</p> <p>๑๑.๒ เป็นโรคเรื้อรังหรือมีภาวะผิดปกติของระบบต่างๆ ดังต่อไปนี้</p> <p>ระบบโลหิต เช่น ภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ธาลัสซีเมีย ไชกระดูกฝ่อ</p> <p>ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหัวใจรูมาติก</p> <p>ระบบไต เช่น โรคเนโฟรติก โรคไตเรื้อรัง</p> <p>ระบบประสาท เช่น อัมพาต สมองพิการลมชัก</p> <p>ระบบหายใจ เช่น หอบหืดโรคปอด</p> <p>ระบบภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ เช่น ข้ออักเสบ-รูมาตอยด์, SLE (เอสแอล อี)</p> <p>ระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน แคระ หรือไตผิดปกติ</p> <p>ระบบผิวหนัง เช่น เด็กดักแด้ เป็นต้น</p>		

#### เกณฑ์การพิจารณา

##### ด้านร่างกายและด้านการเคลื่อนไหว

ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ ๑ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และส่งต่อไปให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

##### ด้านสุขภาพ

ถ้าตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และส่งต่อไปให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

**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.).....ตามแบบคัด  
กรองนี้  
เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น ยินดี  ไม่ยินดี  
ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง  
(.....)