

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา  
(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
๑	อวัยวะที่ใช้ในการออกเสียงมีความผิดปกติ		
๒	ใช้หน่วยเสียงแทนกัน เช่น แทนที่จะพูดว่า “นาฬิกา” พูดว่า “นากี กา” “เสื่อ” เป็น “เื่อ” เป็นต้น		
๓	พูดด้วยน้ำเสียงไม่ชัดเจน เสียงเพี้ยนมาก หรือเป็นเสียงพึมพำ ฟังแล้วไม่เข้าใจ		
๔	เสียงบางส่วนของคำขาดหายไป เช่น “ความ” เป็น “คาม” เป็นต้น		
๕	ความบกพร่องของระดับเสียง เช่น เสียงสูงหรือต่ำตลอดเวลา หรือเสียงที่พูด อยู่ในระดับเดียวตลอด เสียงผิดเพี้ยน ผิดวัย		
๖	พูดไม่ถูกลำดับขั้นตอน ไม่เป็นไปตามโครงสร้างของภาษา เช่น ฉันทลาดไป ข้าวกินฉัน เป็นต้น		
๗	การเว้นวรรคตอนไม่ถูกต้องเช่น “ผ้าสีเขียวซี...ม้า” เป็นต้น		
๘	อัตราการพูดเร็วหรือช้าเกินไป		
๙	พูดตะกุกตะกักหรือพูดติดอ่าง		
๑๐	บกพร่องในเรื่องความเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูด หรือภาษาเขียน หรือ ระบบสัญลักษณ์		

\* หมายเหตุ ผู้คัดกรองควรอิงแบบพัฒนาการทางภาษาของเด็กทั่วไปควบคู่การประเมิน

**เกณฑ์การพิจารณา**

ถ้าตอบว่าใช่ ๕ ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูด และภาษาควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน 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  ไม่ยินดี ให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง  
(.....)