

ประเมินครั้งที่.....

แบบคัดกรองบุคคลออทิสติก
(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
	ด้านพฤติกรรม / อารมณ์		
๑	มีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น สะบัดนิ้วมือ เล่นมือ ตม เคาะ หรือหมุนสิ่งของ เป็นต้น		
๒	แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมประจำวัน เช่น เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเส้นทางไปโรงเรียน เด็กไม่ยอมเปลี่ยนเก้าอี้ที่นั่งในห้องเรียน เป็นต้น		
๓	มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัส เช่น เดินเขย่งปลายเท้า ไม่ชอบการกอดรัด ทนต่อเสียงบางอย่างไม่ได้ เป็นต้น		
๔	มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เช่น ชอบวิ่ง เดินไปมารอบห้อง เป็นต้น		
๕	ไม่เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น เช่น ไม่เข้าใจเวลาเพื่อนโกรธ เศร้า เสียใจ เป็นต้น		
	ด้านการสื่อความหมาย		
๖	แสดงความต้องการโดยการจูงมือ เช่น เด็กจะจูงมือผู้ปกครอง / ครู เพื่อนำไปทำสิ่งที่ต้องการ เป็นต้น		
๗	ใช้ภาษาพูดของตนเองที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ		
๘	พูดเลียนแบบ หรือพูดทวนคำถาม		
๙	พูดคำซ้ำๆ ที่เคยได้ยินบ่อย เช่น พูดตามโฆษณาที่ได้ยินจากโทรทัศน์		

ที่	ลักษณะ / พฤติกรรม	ผลการวิเคราะห์	
		ใช่	ไม่ใช่
๑๐	ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับผู้อื่นได้		
๑๑	พูดเรื่องที่ตนเองสนใจโดยไม่สนใจผู้ฟัง		
๑๒	ไม่เข้าใจคำที่เป็นนามธรรม เช่น การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่		
	ด้านสังคม		
๑๓	ไม่มองสบตากับผู้อื่นขณะสนทนา		
๑๔	ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ไม่เล่นกับเพื่อน ไม่สนใจคนรอบข้าง เป็นต้น		
๑๕	มีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบข้างไม่เหมาะสม เช่น เล่นกับเพื่อนแรง		
๑๖	แสดงพฤติกรรมการตอบสนองทางอารมณ์ และสังคมไม่เหมาะสม เช่น ส่งเสียงกรีดร้อง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจ เป็นต้น		
๑๗	แยกตัวออกมาอยู่ตามลำพัง เช่น ในขณะที่เพื่อนทำกิจกรรมกลุ่ม ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม		
๑๘	ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎกติกา ระเบียบหรือข้อตกลงได้ เช่น ไม่รู้จักการรอคอย ไม่รู้จักการเข้าแถว เป็นต้น		

เกณฑ์การพิจารณา

ถ้าตอบว่าใช่ อย่างน้อย ๒ ด้านๆ ละ ๒ข้อ ขึ้นไป แสดงว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลออทิสติก ควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของผู้เรียน และส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผลการคัดกรอง

พบความบกพร่อง

ไม่พบความบกพร่อง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

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

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

คำยินยอมของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว)..... เป็นผู้ปกครอง
ของ (ด.ช. / ด.ญ./ นาย / นางสาว)

ยินยอม ไม่ยินยอมให้ดำเนินการคัดกรอง

(ด.ช./ ด.ญ./ นาย / น.ส.).....

ตามแบบคัดกรองนี้เมื่อพบว่ามีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีความบกพร่องตามแบบคัดกรองข้างต้น

ยินดี ไม่ยินดีให้จัดบริการช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษต่อไป

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)