

ชื่อ-สกุล นักเรียน ชั้น เลขที่

วัน/เดือน/ปีเกิด เพศ ชาย หญิง

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายแต่ละข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือน

ข้อ	รายการประเมิน	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1	ห่วงใยความรู้สึกของคนอื่น			
2	อยู่ไม่นิ่งนั่งนิ่งๆ ไม่ได้			
3	มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบายบ่อย ๆ			
4	เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้กับคนอื่น (ของกิน, ของเล่น, ปากกา เป็นต้น)			
5	มักจะอาละวาดหรือไม่โห่ร้าย			
6	ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
7	เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ต้องการ			
8	กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ			
9	เป็นที่ฟังได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ			
10	อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก			
11	มีเพื่อนสนิท			
12	มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น			
13	ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย			
14	เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
15	วอกแวกง่าย สมาธิสั้น			
16	เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง			
17	ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า			
18	ชอบโกหกหรือซัดซัง			
19	ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก			
20	ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อ, แม่, ครู, เด็กคนอื่น ๆ)			
21	คิดก่อนทำ			
22	ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น			
23	เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน			
24	ซุกกลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
25	ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน			

คุณมีความคิดเห็น หรือความกังวลหรือไม่

คะแนนด้านที่ 1	 คะแนน	แปลผล
คะแนนด้านที่ 2	 คะแนน	แปลผล
คะแนนด้านที่ 3	 คะแนน	แปลผล
คะแนนด้านที่ 4	 คะแนน	แปลผล
รวมคะแนนทั้ง 4 ด้าน	 คะแนน	แปลผล
คะแนนสัมพันธภาพทางสังคม	 คะแนน	แปลผล

ด้านหลัง ฉบับ ผู้ปกครอง ครู ประเมินนักเรียน

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ ทำเครื่องหมาย ✓

ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

ไม่

ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย

ใช่ มีปัญหาชัดเจน

ใช่ มีปัญหายอย่างมาก

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบคำถามข้อต่อไป

ถ้าตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไป

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

น้อยกว่า 1 เดือน

1 – 5 เดือน

6 – 12 เดือน

มากกว่า 1 ปี

ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

ไม่เลย

เล็กน้อย

ค่อนข้างมาก

มาก

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

รายการ	ไม่	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. ความเป็นอยู่ที่บ้าน				
2. การคบเพื่อน				
3. การเรียนในห้องเรียน				
4. กิจกรรมยามว่าง				

ปัญหาของเด็กทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่

ไม่

เล็กน้อย

ค่อนข้างมาก

มาก

ลงชื่อ

พ่อ/แม่/ครูที่ปรึกษา/อื่น (โปรดระบุ)

วันที่

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลัง

แปลผล