

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   | เป็นที่พึ่งได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ 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  | ชอบโกหกหรือซี้โกง                                                         |         |              |      |
| 19  | ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก                                            |         |              |      |
| 20  | ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อ, แม่, ครู, เด็กคนอื่น ๆ)                      |         |              |      |
| 21  | คิดก่อนทำ                                                                 |         |              |      |
| 22  | ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น                                    |         |              |      |
| 23  | เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน                                    |         |              |      |
| 24  | ซึ่กัลั้ว รู้สึกลัวหวาดกลัวได้ง่าย                                        |         |              |      |
| 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 มีปัญหาย่างมาก

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 .....