

กระดาษคำตอบแบบการประเมินตนเอง (SDQ)(ด้านหน้า)

ชื่อนักเรียน ชั้น ม. / เลขที่

อาจารย์ที่ปรึกษา วัน / เดือน / ปี ที่สำรวจ

	0			1			2			0			1			2		
	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1																<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
4																<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
6										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7				<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0												
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
9																<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
11										<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0						
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
14										<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0						
15							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
17																<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
19										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
20															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21							<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0									
22				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
23										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
25							<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0									

รวม
 ด้านอารมณ์ ด้านความประพฤติ ด้านอยู่ไม่นิ่ง บุคลิกภาพและความสัมพันธ์ ทางสังคม

โดยรวมเธอคิดว่าตัวเธอมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ :

ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือ ความสามารถเข้ากับผู้อื่น

- ไม่ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย
 ใช่ มีปัญหาชัดเจน ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

ถ้าตอบว่า "ไม่" ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าเธอตอบ "ใช่" กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

- น้อยกว่า 1 เดือน 1 - 5 เดือน
 6 - 12 เดือน มากกว่า 1 ปี

ปัญหานี้ทำให้เธอรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

- ไม่เลย เล็กน้อย
 ค่อนข้างมาก มาก

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเธอในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
ความเป็นอยู่ที่บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การคบเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเรียนในห้องเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กิจกรรมยามว่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ปัญหานี้ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ (ครอบครัว เพื่อน ครู เป็นต้น)

- ไม่เลย เล็กน้อย
 ค่อนข้างมาก มาก

ลายเซ็น วันที่