

ด่วนที่สุด
ที่ ศธ ๐๔๐๐๗/๑๒๗๑๕

สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
กระทรวงศึกษาธิการ กทม. ๑๐๓๐๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง สำรวจข้อมูลการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจความต้องการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล (สำหรับโรงพยาบาล)
๒. แบบสำรวจความพร้อมในการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล (สำหรับศูนย์การศึกษาพิเศษ)
๓. แบบบัญชีรายชื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะเข้ารับบริการในศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ที่จะจัดตั้ง

ด้วยสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ ได้ดำเนินงานตามโครงการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาของศูนย์การศึกษาพิเศษ กิจกรรมศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล โดยขณะนี้มีศูนย์การศึกษาพิเศษ ที่เข้าร่วมดำเนินการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล จำนวน ๔๓ จังหวัด ๕๒ ศูนย์การเรียน

ขณะนี้ ใกล้สิ้นสุดการดำเนินงานตามโครงการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ แล้ว สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ จึงมีความประสงค์ที่จะดำเนินการสำรวจข้อมูลความต้องการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล (สำหรับโรงพยาบาล) และความพร้อมในการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล (สำหรับศูนย์การศึกษาพิเศษ) เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาเสนอของบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ และแผนการขยายการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ช่วงที่ ๓ ระยะ ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๖) จึงขอให้ให้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ทุกแห่ง ดำเนินการดังนี้

๑. ทำหนังสือถึงโรงพยาบาลภายในจังหวัดของท่าน เพื่อสำรวจความต้องการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ตามแบบสำรวจความต้องการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) และกรอกข้อมูลในแบบบัญชีรายชื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะเข้ารับบริการในศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ที่จะจัดตั้ง (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)

๒. ให้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ทุกแห่ง กรอกแบบสำรวจความพร้อมจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

/ ๓. ให้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ...

๓. ให้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ทุกแห่ง จัดส่งแบบสำรวจตามข้อ ๑ - ๓ ส่งให้สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ ภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางญาณกร จันทหาร)
ผู้อำนวยการสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ

กลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษาในศูนย์การศึกษาพิเศษและเรียนร่วม
โทร. ๐ - ๒๒๘๘ - ๕๕๔๓
โทรสาร ๐ - ๒๖๒๘ – ๕๐๘๒

สำหรับโรงพยาบาล

แบบสำรวจความต้องการจัดตั้ง
ศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล

คำชี้แจง 1. แบบสำรวจนี้ใช้เพื่อสำรวจข้อมูลความต้องการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หน้าข้อที่ท่านเลือก และ เติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

ตอนที่ 1

โรงพยาบาล ..... เป็นโรงพยาบาลขนาด ..... เตียง

สังกัด .....

ที่ตั้ง เลขที่ ..... ถนน .....แขวง / ตำบล .....

เขต / อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... หมายเลขโทรสาร .....

ตอนที่ 2

1. ท่านทราบหรือไม่ว่า ศูนย์การศึกษาพิเศษมีโครงการศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล เพื่อจัดการศึกษาให้กับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ซึ่งมีผลทำให้เกิดความจำเป็นต้องได้รับการศึกษาพิเศษ

   ☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ

2. โรงพยาบาลของท่านมีจำนวนเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในวัยเรียน (อายุระหว่าง 3-15 ปี) รวมทั้งหมด.....คน (กรุณากรอกรายละเอียดในบัญชีรายชื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะเข้ารับบริการในศูนย์ฯการเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ที่จะจัดตั้ง)

3. เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังฯ ในวัยเรียน (อายุระหว่าง 3-15 ปี) ที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล นานที่สุดประมาณกี่วัน

   ☐ น้อยกว่า 1 สัปดาห์ ☐ 1 – 2 สัปดาห์ ☐ 3 – 4 สัปดาห์ ☐ มากกว่า 4 สัปดาห์

4. ท่านคิดว่า เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังฯ ในวัยเรียน (อายุระหว่าง 3-15 ปี) ที่ต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีปัญหาด้านการเรียนมากน้อยเพียงใด

   ☐ มาก ☐ ปานกลาง ☐ น้อย ☐ ไม่มีเลย

5. ท่านคิดว่าการช่วยเหลือด้านการศึกษาของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังฯ ในโรงพยาบาล จำเป็นมากน้อยเพียงใด

   ☐ มาก ☐ ปานกลาง ☐ น้อย ☐ ไม่จำเป็น

6. ท่านคิดว่าการช่วยเหลือด้านการศึกษาของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังฯ ในโรงพยาบาล ควรเป็นหน้าที่ของใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

   ☐ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ☐ สถานศึกษาเดิมที่เด็กศึกษาอยู่ ☐ ผู้ปกครองของเด็กเจ็บป่วย
   ☐ โรงพยาบาล ☐ มูลนิธิและองค์กรการกุศลต่าง ๆ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

/ 7. หากกระทรวง ...

7. หากกระทรวงศึกษาธิการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล โรงพยาบาลของท่านมีความต้องการ และมีความพร้อมในการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลหรือไม่

☐ ต้องการจัดตั้ง และมีความพร้อมในการจัดหาห้องที่มีความเหมาะสมสำหรับจัดตั้งเป็นศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลได้ ในปี พ.ศ. 25 .....

☐ ไม่ต้องการจัดตั้งศูนย์การเรียนฯ (ระบุเหตุผล) .....

.....

.....

8. ผู้รับผิดชอบ / ผู้ประสานงาน ของโรงพยาบาล

ชื่อ – สกุล ..... ตำแหน่ง .....

กลุ่ม/แผนก ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

ตอนที่ 3 ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้ตอบแบบสำรวจ

(.....)

ตำแหน่ง .....

สำหรับศูนย์การศึกษาพิเศษ

แบบสำรวจความพร้อมจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล

ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา / ประจำจังหวัด .....

---

1. ความพร้อมในการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
(กรณีพร้อมจัดตั้งมากกว่า 1 แห่ง ให้ตอบแบบสอบถามชุดละ 1 แห่ง)

(1.1) ☐ พร้อมจัดตั้ง

1.1.1 ความพร้อมด้านสถานที่

มีความพร้อมจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล .....
ที่ตั้ง เลขที่ ..... ตึก/อาคาร..... ชั้น ..... ถนน .....
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
หมายเลขโทรศัพท์ ..... หมายเลขโทรสาร .....

1.1.2 ความพร้อมด้านผู้เรียน

มีเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะเข้ารับบริการที่ศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล .....จำนวน ..... คน
(รายละเอียดตามบัญชีรายชื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะเข้ารับบริการฯ แบบ จต.2)

1.1.3 ความพร้อมด้านอัตรากำลัง

◯ มีความพร้อมจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของศูนย์การศึกษาพิเศษ จำนวน ..... อัตรา ประกอบด้วย

1. ชื่อ – สกุล ..... ตำแหน่ง .....
2. ชื่อ – สกุล ..... ตำแหน่ง .....
3. ชื่อ – สกุล ..... ตำแหน่ง .....

◯ มีความพร้อมจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล โดยขอใช้อัตรากำลังจากครูอัตราจ้างที่ได้รับจัดสรรให้จากสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ จำนวน ..... อัตรา

(1.2) ☐ ไม่พร้อมจัดตั้ง (ระบุเหตุผล) .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

/2. แผนการจัดตั้ง

2. ,มีแผนจะขยายการจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ช่วงที่ 3 ระยะ 5 ปี (ปีงบประมาณ 2562 – 2566) ดังนี้

☐ **ปี 2562** มีแผนจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล .....
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของศูนย์การศึกษาพิเศษ
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่จากครูอัตราจ้างที่ได้รับจัดสรรจากสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ

☐ **ปี 2563** มีแผนจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล .....
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของศูนย์การศึกษาพิเศษ
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่จากครูอัตราจ้างที่ได้รับจัดสรรจากสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ

☐ **ปี 2564** มีแผนจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล .....
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของศูนย์การศึกษาพิเศษ
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่จากครูอัตราจ้างที่ได้รับจัดสรรจากสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ

☐ **ปี 2565** มีแผนจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล .....
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของศูนย์การศึกษาพิเศษ
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่จากครูอัตราจ้างที่ได้รับจัดสรรจากสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ

☐ **ปี 2566** มีแผนจัดตั้งศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล .....
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของศูนย์การศึกษาพิเศษ
- ◯ โดยใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่จากครูอัตราจ้างที่ได้รับจัดสรรจากสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ

☐ **ไม่สามารถดำเนินการจัดตั้งได้** (ระบุเหตุผล) .....

.....

.....

.....

3. ผู้รับผิดชอบ / ผู้ประสานงาน ของศูนย์การศึกษาพิเศษ

ชื่อ – สกุล ..... ตำแหน่ง .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ .....

บัญชีรายชื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะเข้ารับบริการในศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ที่จะจัดตั้ง

ชื่อ ศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ..... ที่ตั้ง .....

.....

ภายใต้การกำกับดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษ .....

ที่	รายชื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง	ว/ด/ป เกิด	อายุ (ปี)	เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก	ประเภทโรคเรื้อรัง									
					๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
๑														
๒														
๓														
รวมทั้งสิ้น														

ลงชื่อ ..... ผู้กรอกข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง .....

๑. โรคหัวใจ
๒. โรคมะเร็ง
๓. โรคไต
๔. โรคทางสมอง/ลมชัก/เนื้องอกในสมอง
๕. โรคเลือด
๖. โรคปอดเรื้อรัง/ปอดอักเสบ
๗. โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง
๘. โรคเบาหวาน
๙. ติดยาและสารเสพติด
๑๐. โรคอื่นๆ (โรคประจำตัวที่ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา)