

# 2016 年度 文京学院大学共同研究（親子 SST プログラム）参加申込書

ご記入前に必ず、別紙の「募集要項」をお読み下さい

ご記入いただいた日付 平成 年 月 日

(1) 下記の約束事項①～③を了解のうえ、参加を希望します。

- ① 「学齢期の発達障害児とその保護者への SST プログラムの効果」の研究に参加し、協力すること（アンケートやビデオ録画等）※プライバシーには十分に配慮いたします
- ② 事前事後の個別評価および、全 SST プログラムに、遅刻せず参加すること
- ③ お子様向けチャレンジ（宿題）と保護者向け宿題を、忘れずに取り組み、報告すること

(2) 参加されるお子さまについて

ふりがな	性別	学年
お子様の名前	男・女	年生
小学校名	平成 27 年度在籍学級 ○をつけて下さい	
小学校	特別支援学校・特別支援学級・通常学級	
保護者様のお名前：		
ご住所：〒		
お電話番号 自宅：		携帯：
お電話につながりやすい時間帯があれば教えてください。 自宅・携帯に 時頃		
メールアドレス		
・ご記入の際は、_（アンダーバー）や-（ハイフン）の違いが分かりやすいようご記入下さい ・事前面談の日程や参加決定等について、お電話がつながりにくい場合は、Eメールでお通知をさしあげる場合があります。パソコンからのメールや文京学院大学からのEメールが受信できるアドレスをご記入下さい。		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> @		

(3) お申込みのきっかけに○をつけて下さい

HPを見て・その他（ )

(4) SST に参加を希望されているお子さまの様子について、お尋ねします。

- ① 現在利用中の、医療機関や相談機関があればご記入ください。

機関名： \_\_\_\_\_ 主治医もしくは担当相談員： \_\_\_\_\_  
 過去に利用されていた場合は上の覧に記入のうえ、最終日をご記入下さい  
 最終診察(または相談)日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

②今までに病院等で診断を受けていますか。 ( はい ・ いいえ )

はいとお答えの方は、差し支えなければ診断名をお書きください \_\_\_\_\_

上記の診断を受けられたのは、お子さまが何歳頃ですか \_\_\_\_\_ 歳頃

③今までに、発達検査を受けられたことはありますか。

\_\_\_\_\_ 年生 \_\_\_\_\_ 月頃 受けた ・ 受けたことがない

④「受けたことがない」に○をつけた方は、当施設での検査を希望されますか ( はい ・ いいえ )

⑤発達検査を受けられたことがある方は、どこで受けられましたか？ 検査名についてもご記入下さい。

検査実施機関名： \_\_\_\_\_

検査名： WISC-IV ・ WISC-III ・ K-ABC ・ 新版 K 式検査 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

⑥発達検査を受けられたことがある方へ 検査結果についてお尋ねします。

全発達指数(IQ)の数値について、報告を受けた場合はご記入下さい→ ( \_\_\_\_\_ )

検査結果について、どのような説明を受けたか、具体的にお書き下さい。

(発達指数等の数値を知らされている、いないにかかわらず、ご記入下さい)

⑦お子さまの良いところについて、お書き下さい。

⑧お子さまが困っておられることや、苦手とされていることについて、お書き下さい。

(5) SST プログラムでは、毎回、宿題がでます。宿題のなかには、ご家族のご協力のもと、ご家庭で実践するものがあります。ご家庭で、宿題の実践をサポートして頂くことは可能ですか。

( はい ・ いいえ ・ わからない )

(6) 本申込書の記載内容のみでの選考が困難な場合、お子様と一緒に来所いただいて、選考面談を実施することがあります。選考面談希望の曜日(日曜日以外)と時間帯をお書き下さい(この希望日時はすべての方がお書き下さい)。

第1希望	_____	曜日	_____	:	_____	~	_____	:	_____
第2希望	_____	曜日	_____	:	_____	~	_____	:	_____
第3希望	_____	曜日	_____	:	_____	~	_____	:	_____