**2017年度「親子SSTプログラム（6月期）」研究参加申込書**

**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. 「親子SSTプログラムの参加と調査」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

1. 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
2. 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 |
| 平成29年度在籍学級　〇をつけ週にどれくらい通学しているかご記入下さい。 |
| 特別支援学校：週　　　回　・　特別支援学級：週　　　回　・　通常学級：週　　　回特記事項がありましたら，ご記入下さい． |
| 参加される保護者様のお名前： |
| 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。　　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　 |

(3)お申込みのきっかけに〇をつけて下さい

 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

②今までに、知能検査を受けたことはありますか。　**（　はい　・いいえ　）**

③知能検査を受けられたことがある方に、検査結果についてお尋ねします。

検査時期　　　：　　　　歳　　　ヵ月（　　　年生　　　月頃）　＊一番最近のものをご記入下さい。

検査名　□　WISC-Ⅳ　 FSIQ：

　　　　□　WISC-Ⅲ　　FIQ：

　　　 □　その他(検査名)：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 結果：

　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。

　　（知能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）

　　プログラム実施にあたり、お子様への支援方法について検討するため、詳細な知能検査結果の閲覧を希望することがあります。閲覧することは可能ですか。　**（　はい　・いいえ　）**

④「知能検査を受けたことがない」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お子さまの良いところについて、お書き下さい。

⑥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)親子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、お子様とご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（日曜日以外で）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　　　　：　　　～　　　：