

「自閉スペクトラム症の子どもと保護者に対するロールプレイテストの開発」研究参加申込書

(日本学術振興会 科学研究費補助金 基盤研究 C: 17K04241)

ご記入いただいた日

西暦 年 月 日

(1) 下記の事項を了解のうえ、参加を希望します。

「自閉スペクトラム症の子どもと保護者に対するロールプレイテストの開発」の研究に参加し、アンケートやビデオ録画に協力すること。

※プライバシーには十分に配慮いたします。

(2) 参加者について

ふりがな	性別	学年	年齢
お子様の名前	男・女	小学 年生	歳 カ月
現在の在籍学級 ○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。			
	性別	年齢	職業の有無
参加される保護者様のお名前：	男・女	歳	有・無
連絡手段（希望する連絡手段にチェックし、ご記入下さい。）			
□お電話 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			
□郵送 ご住所 〒 _____			
□Eメール 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。			
* 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) お子さまについて、お尋ねします。

①病院等での診断名をお書きください。

診断名：\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳頃)

②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 カ月 ( 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 : \_\_\_\_\_

④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)

⑤ロールプレイテストの実施にあたり、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 )

⑥「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 )

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。

(4) ロールプレイテストと面談を実施する希望日(平日)と時間帯をお書き下さい。

第1希望 \_\_\_\_\_ 曜日 : ~ \_\_\_\_\_ :

第2希望 \_\_\_\_\_ 曜日 : ~ \_\_\_\_\_ :

第3希望 \_\_\_\_\_ 曜日 : ~ \_\_\_\_\_ :