

## 2015 年度 文京学院大学共同研究（SST プログラム等）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 「学齢期の生活に困難さを抱える子どもとその保護者への支援方法を検討する試み」の研究に参加し、協力すること（アンケートやビデオ録画）※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。		
<div style="border: 1px solid black; width: 60%; margin: 0 auto; padding: 5px;">                     @                 </div>		

(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、センターに来所いただいで選考面談を実施することがあります。選考面談希望日時 (第1希望に1、第2希望に2、第3希望に3をご記入下さい) 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)

9/28(月) 14時～( ) 15時～( ) 16時～( )

9/29(火) 14時～( ) 15時～( ) 16時～( )

10/1(木) 14時～( ) 15時～( ) 16時～( )