氏名

申込書別紙

**◆ビネー法検査に関するご経験等についてご記入ください。**

１　実施したご経験のあるビネー法検査名を、すべて丸で囲んでください。

　　　田中ビネー知能検査Ⅴ　　　　　1987年全訂版田中ビネー知能検査

　　　 改訂版鈴木ビネー知能検査　　　その他のビネー法検査（　　　　　　　　　　　）

２　上記の検査のご経験についてご記入ください（３箇所以上ある場合は直近２箇所についてご記入ください）。

（１）**機関名**　　　　　　　　　　　　　　　　　 **検査名**

　　 ・**実施期間**　　 　年　　　月　～　　　年　　　月 ・**頻度**（月２～３回など具体的に）

　　　・**被検査者の年齢**（複数の場合は該当するものすべてに丸をつけてください）

未就学児　／　小学生　／　中学生　／　高校生　／　成人

・**検査目的**（複数の場合は該当するものすべてに丸をつけてください）

療育手帳取得のため　／　教育的配慮等の判断のため　／　特性や能力把握のため

心理治療のため　／　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・**フィードバックの方法**

①時期：　検査日同日　／　検査日後日　（１か月以内　／　１か月以降）

②対象：　被検査者本人　／　被検査者の保護者　／　被検査者の関係者・支援者（学校・医師等）／

その他（　　　　　　　　　　　　　　）

③方法：　口頭　／　書面　／　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

（２）**機関名**　　　　　　　　　　　　　　　　　 **検査名**

　　 ・**実施期間**　　 　年　　　月　～　　　年　　　月 ・**頻度**（月２～３回など具体的に）

　　　・**被検査者の年齢**（該当が複数ある場合はすべてに丸をつけてください）

未就学児　／　小学生　／　中学生　／　高校生　／　成人

・**検査目的**（該当が複数ある場合はすべてに丸をつけてください）

療育手帳取得のため　／　教育的配慮等の判断のため　／　特性や能力把握のため

心理治療のため　／　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・**フィードバックの方法**

①時期：　検査日同日　／　検査日後日　（１か月以内　／　１か月以降）

②対象：　被検査者本人　／　被検査者の保護者　／　被検査者の関係者・支援者（学校・医師等）／

その他（　　　　　　　　　　　　　　）

③方法：　口頭　／　書面　／　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

裏面あり

３　その他、実務経験についてご自由にご記入ください。

　　（ビネー以外の知能検査・発達検査のご経験がある場合も合わせてご記入ください。）