

◆ビネー法検査に関するご経験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（ ）

- 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。)