

◆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。)

--