

PRISM 個別支援 申込書

記入日 年 月 日

ID 番号 (診察券番号)		フリガナ お子さんのお名前	
生年月日	H____年____月____日(____歳)	フリガナ 保護者のお名前	
学校・園名	通園施設・学校 保育園・幼稚園 _____年		加配あり・普通学級・ 通級指導教室・特別支 援クラス
Tel & FAX	(固定) (FAX) (携帯)	メールアドレス	
希望コース	_____コース * 視覚的コミュニケーション・生活支援・ソーシャルスキル のいずれかを、お書き下さい。		
希望日程	_____日程 募集要項の中から、お書き下さい。		
面接可能日	募集要項に記載されている面接日の中で、面接可能な日時を全て、記入下さい。 〔 〕 <input type="checkbox"/> 面接可能日 全て良い ※保護者様だけでお越し頂きます。お子様のお預かりはできません。		
受講経験	① 構造化された支援／指導に関するセミナーに受講されていたら、 お書き下さい。 〔 受講年月日、内容、講師名等 〕 ② PECSワークショップ受講経験 (有 ・ 無) *ピラミッド教育コンサルタントオブジャパン		

ご家族の希望 にチェックを付けてください。(複数可)

このプログラムに参加されるにあたって

A. お子さんについてどのようなことを希望されていますか？

絵や写真、イラストなど用いながら自発的なコミュニケーションができるといい。

自発的なスケジュールの方法を理解できるといい。

落ち着いた環境が分かるといい。

その他

()

B. 保護者ご自身としては、どのようなことを希望されていますか？

構造化を勉強してみたい。 PECS を勉強してみたい。 家での取り組みを一緒に考えたい。

ソーシャル・ストーリーを知りたい コミック会話を知りたい。

子どものスケジュールを作りたい 子どもの学習スタイルを一緒に考えたい

その他

()

個別支援コース受講にあたって

個別支援コースの中で目指すものは、お子さんが指示待ちになることなく、見通しを持って自発的に活動に取り組み、達成感を持って活動できることです。この目標を達成するために、お子さんにはどのような支援の方法が適しているのかを知ることがスタッフと保護者の目標となります。

当コースでスタッフと保護者が知ることのできたお子さんに適した支援方法を、ご家庭や学校その他お子さんの生活する様々な場面で使えるように、ご家族と協力して取り組んでいきたいと考えています。そのためには、ご家族全員（お子さんと同居されている成人）が、PRISM の支援方針と、ご家庭でも一緒に取り組みをしていくことに同意していただく必要があります。

また、視覚的コミュニケーション支援コースを受講される方は、必ずしも言語に限らずに、お子さん自身からコミュニケーションできるようになることを目的としています。

コミュニケーションは、限られた場面だけでなく、お子さんの生活のすべての場面で自発的に出せるようになることが、お子さんの生活を豊かにすると我々は考えています。

* ビデオ録画を行っています。支援コースを行っている最中の様子をビデオに録画し、コース最終日に報告書と共にご家族にお渡しする予定です。

お子さんに対してより良い支援ができるよう、そのビデオを外部の専門家に見せてアドバイスを求める機会があるかもしれません。

録画ビデオの取り扱いについても以下の項目をご覧の上チェックをお願い致します。

受講同意書

ロイヤルベルクリニック PRISM

医師 早川星朗 殿

私たちは、PRISM 個別指導コースの申し込みにあたり、下記の内容に同意します。

- 1 個別指導コースでわかった支援方法について、PRISM での取り組みをもとに家庭でも実践していくこと。

2 コース中の様子をビデオ録画すること

※下記のいずれかに✓をお願いします

クリニック内の使用に限定してほしい

外部の専門家に見せても構わない

記入日	平成 年 月 日	
お子さんのお名前		
お子さんと同居している成人のご家族ご署名 (自筆)	お名前	続柄

※記名欄が足りない場合は裏面をお使いください