



社会福祉法人 北摂杉の子会
サポートセンターPASSO

サポートセンターPASSO 発達検査・報告面接のご案内

サポートセンターPASSOでは、下記のように発達検査・相談を実施いたします。他ではあまり実施していない自閉症や発達障がいの方のための検査（TTAPやPEP-3）を行っています。検査の後、別の日程で評価結果をもとに報告面接を行いご質問やご相談に応じています。

記

おおむね10歳以上の
自閉症スペクトラム
のお子様のキャリア
教育の評価に！

1. 対象者 : お子さんの年齢は問いません
2. 実施内容 :
 - ① 初回インテーク・・・お子様の成育歴・現状の課題などを整理後、本人・ご家族のニーズを探り、検査内容や今後の支援の方向性を決定します。
 - ② PEP-3（自閉児・発達障害児教育診断検査三訂版）
 - ・ TTAP（自閉症スペクトラムの移行アセスメントプロフィール）
 - ・ WAIS-Ⅲ（ウエクスラー式成人用知能検査第三版）
上記のうちのいずれかを実施します
 - ③ 評価結果の報告と相談（詳しく説明した報告書つき）*関係機関の方の同席可
3. 担当者 : 小林一恵(臨床心理士)・則藤一美(臨床心理士)・西ヶ峯佐登子(PASSOスタッフ・保育士)
大澤佳世子(臨床発達心理士)
4. 実施日時 : 検査日 金曜日
検査報告日 検査日以降の別の日に実施
5. 費用 : ①初回インテーク(90分) + ②発達検査(120分~180分)
+ ③評価結果の報告・相談(60分)
→ **¥45,000(検査報告書、資料代含む)** *オアシス非会員
→ **¥38,000(検査報告書、資料代含む)** *オアシス会員、サポートセンターPASSO利用者
6. 申込方法 : 申込み用紙に必要な事項記入の上、サポートセンターPASSO宛に郵便またはFAXにてお申込ください

就労移行支援計画を
立てる際のアセスメ
ントに！

7. 実施場所、申込・問合せ先:

〒532-0023 大阪市淀川区十三東1丁目1-6 (阪急十三駅東口より徒歩10分)
サポートセンターPASSO
TEL/FAX 06-4862-5454
法人URL <http://www.suginokokai.com/> *地図は法人ホームページをご覧ください

8. 検査・相談日のお知らせ: 申込み受理後、お電話で確認のうえ、資料を郵送いたします



<サポートセンターPASSO 発達検査・報告面談 申込書>

記入年月日： 年 月 日

ふりがな		ふりがな			
お子さんのお名前		保護者のお名前			
お子さんの 生年月日・性別	年 月 日 (歳)	男 ・ 女			
在学学校・園	(学年：)	<input type="checkbox"/> オアシス会員 <input type="checkbox"/> オアシス非会員 <input type="checkbox"/> サポートセンターPASSO 利用者			
住所	〒 -				
電話番号		FAX			
診断について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 診断名は出ていないが () の疑いがあると考えている <input type="checkbox"/> 有 (<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> ・診断名 ・どの機関で </td> <td style="padding-left: 20px;"> ・いつ頃 ・担当医/者 </td> </tr> </table>)			・診断名 ・どの機関で	・いつ頃 ・担当医/者
・診断名 ・どの機関で	・いつ頃 ・担当医/者				
発達検査について	当センターで発達検査を受けたことがありますか？	当センター以外で発達検査を受けたことがありますか？			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (どこで?)			
	有の方におたずねします。具体的に何の検査を受けられましたか？ <input type="checkbox"/> PEP-R、3 <input type="checkbox"/> AAPEP <input type="checkbox"/> WISC-III <input type="checkbox"/> TTAP <input type="checkbox"/> その他 ()	有の方におたずねします。具体的に何の検査を受けられましたか？ <input type="checkbox"/> PEP-R、3 <input type="checkbox"/> AAPEP <input type="checkbox"/> WISC-III、IV <input type="checkbox"/> 新版K式 <input type="checkbox"/> その他 ()			
最近受けられた発達検査についておたずねします いつ頃？ () どの機関で？ () 担当医・者？ () どのような診断・説明を受けましたか？ ()					
今回申し込みをされたきっかけや理由などをご記入下さい					
今回のセンターのご利用にあたり、保護者の方の要望・希望などについてお聞かせ下さい あてはまる項目にチェックをつけて下さい (複数チェック可) <input type="checkbox"/> 現在のお子さんの発達の状況が知りたい <input type="checkbox"/> 自閉症や発達障害の疑いがあるかどうか知りたい <input type="checkbox"/> 日常生活のアドバイスがほしい <input type="checkbox"/> 園や学校に情報提供などをしてセンターと連携をしてほしい <input type="checkbox"/> サポートセンターPASSO の療育を希望するため <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)					
以下センター記入欄		担当者			
シート受付日：	年 月 日				
初回介入予定日：	年 月 日 曜日 (: ~ :)				
検査実施予定日：	年 月 日 曜日 (: ~ :)				
検査報告予定日：	年 月 日 曜日 (: ~ :)				
書類送付日：	年 月 日				