

2025年12月15日

申込みに伴う「留意事項」及び「個人情報の取扱い」について

□留意事項について

・与路島には医療機関がありません。お子様の体調面にご不安ある場合は、申込みをお控え願います。

・申込書はありのままをご記入願います。虚偽の記入等、疑義が生じた場合は留学を取り消しさせていただくこともあります。

□個人情報の取扱いについて

申込に際し収集させていただく個人情報につきましては、選考の参考資料としてのみ使用し、事前のご承諾なく他の目的で使用することや、第三者に提供することはありません。

なお、与路小・中学校存続推進委員会と共同利用させていただきます（共同利用させていただく場合の管理責任者は瀬戸内町教育委員会となります）。

瀬戸内町教育委員会

※応募書類は返却いたしませんので、ご了承ください。

※個人情報の開示・訂正・削除の申し出や問合せにつきましては、下記までお願いします。

〒894-1592

鹿児島県大島郡瀬戸内町古仁屋船津 23 番地

瀬戸内町教育委員会

TEL:0997-72-0113



4	お子さまの家庭での生活についてご記入をお願いします	
5	お子さまの学習姿勢・学習態度についてご記入をお願いします	
6	お子さまの性格についてご記入をお願いします	
7	お子さまの留学にあたり、前もって伝えたいこと要望等ありましたらご記入をお願いします	
	〈学校へ〉	〈里親へ〉
8	「海の子留学」についてどのようにしてお知りになったかご記入をお願いします	

与路島留学制度（海の子留学）を希望し、申し込みます。		
年      月      日		
保護者氏名 _____		印
与路小・中学校存続推進委員会委員長 殿		

下記記載の内容に同意の場合は、それぞれの□に✓を入れてください

※2025年度12月15日付「個人の取扱いについて」に同意いたします

※別紙の「健康状況ヒアリングシート」「生活ヒアリングシート」について  
 内容を確認し、記入ミスや記入漏れはありません



●与路島で「楽しみにしていること」「チャレンジ」してみたいことはありますか？

・楽しみにしていること

・チャレンジしてみたいこと

●今、一番たのしいこと、好きなことはなんですか？

●お休みの日はどんなふうにご過ごしていますか？（動画視聴・ゲーム・習い事など）

●得意なことはなんですか？

●苦手なことはなんですか？

●1年間の与路島の生活で心配なこと、不安なことがあれば教えてください。

ありがとうございました。

# 健康状況ヒアリングシート

保護者氏名： \_\_\_\_\_

小・中学 \_\_\_\_\_ 年生 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

● 往來歴 (今までにかかった病気の番号に○をつけ、その年齢を記入してください)

1	突発性発疹	才	11	B型肝炎 (キャリアーを含む)	才
2	麻疹 (はしか)	才	12	喘息・喘息気管支炎	才
3	水痘 (水疱瘡)	才	13	アトピー性皮膚炎	才
4	風疹 (三日ばしか)	才	14	川崎病	才
5	咽頭結膜炎 (プール熱)	才	15	熱性けいれん	才
6	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	才	その他	[病名：]	才
7	百日咳	才		[病名：]	才
8	ヘルパンギーナ	才		[病名：]	才
9	肺炎	才		[病名：]	才
10	とびひ	才		[病名：]	才

● 入院の経験 (番号に○をつけていただき、入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)

1	ない	
2	ある	[ 才 病名：]
		[ 才 病名：]
		[ 才 病名：]

● 現在治療中の病気やケガ (番号に○をつけていただき、治療中の病気がある場合は病名を記入してください)

1	ない	
2	ある	[病名：]
		[病名：]
		[病名：]

● 常時内服している薬 (番号に○をつけていただき、常時内服している薬がある場合は、具体的に記入してください)

1	ない	
2	ある	[薬名：] 理由：
		[薬名：] 理由：
		[薬名：] 理由：

● 予防接種について (これまでを受けた予防接種の番号と回数に○をつけてください)

1	3種混合 (DPT)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
2	麻疹	
3	風疹	
4	水痘 (水ぼうそう)	
5	おたふくかぜ	
6	日本脳炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
7	インフルエンザ	
8	新型コロナウイルス	
9	ヒトパピローマウイルス (HPV)	

● アレルギーについて (アレルギーをお持ちの方は該当するものに○をつけ、原因と症状を記入してください)

食物アレルギー	なし	あり	食品名： 症状：
薬物アレルギー	なし	あり	薬品名： 症状：
その他	なし	あり	起因： 症状：

●平熱と用便について (だいたいの平熱、用便は該当する番号に○をつけてください)

平熱	度 (だいたい)			
用便	大便	1. 大体毎日です	2. 2-3日に1回です	3. 5日以上1回です
	小便	1. 夜に1回は起きる	2. 夜中に2回以上は起きる	

※2024年度7月22日付「個人の取扱いについて」に同意いたします

●体の様子 (各項目に該当する箇所があれば番号に○をつけ、コメントがあれば備考に記入してください)

区部	番号	項目	備考
内科	1	熱がしやすい	
	2	頭痛をおこしやすい	
	3	腹痛をおこしやすい	
	4	吐きやすい	
	5	下痢をしやすい	
	6	便秘をしやすい	
	7	動機や息切がある	
	8	立ちくらみや貧血をおこしやすい	
	9	湿疹やじんましんがしやすい	
	10	風邪をひきやすい	
	11	疲れやすい	
	12	夜尿症がある	週 回数程度
眼科	13	遠くのものや近くのものが見えにくい	
	14	目やにがよく出る、充血しやすい	
	15	目がかゆくなる	
	16	目が乾きやすい	
	17	視力矯正具を使用している	いつ頃から：
耳鼻咽喉科	18	耳が聞こえにくい	(右 ・ 左)
	19	中耳炎になりやすい	
	20	鼻炎になりやすい	
	21	鼻がつまる	
	22	鼻水がしやすい	
	23	扁桃腺がよく腫れる	
	24	日常で口を開けていることが多い	
	25	皮膚が弱い	
皮膚科	26	化膿しやすい	
	27	湿疹やじんましんがしやすい	
	28	あせもがしやすい	
	29	アトピーがある	
その他	30	ひきつけ(痙攣)をおこす	
	31	歯科矯正器具を装着している	装着時間：

～注意～

- ・記載内容に虚偽の記入等、疑義が生じる場合には、留学を取り消すことがあります。
- ・健康状況については確認をさせていただく場合がございますのでご了承ください。
- ・虫歯がある場合には、留学前に完治をしてください。

# 生活ヒアリングシート

保護者氏名：

小・中学 年生 氏名

記載日 年 月 日

- 現在の生活スケジュールを大まかに教えてください

	月	火	水	木	金	土	日
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							

- 食べ物についてお聞かせください

好きなもの
嫌いなもの

- 朝食は毎朝食べていますか？

毎朝食べる 時々食べる ※どの程度の頻度かも記載ください «週に\_\_\_\_\_回ほど» 全く食べない

- おやつにスナック菓子などを毎日食べていますか？

毎朝食べる 時々食べる ※どの程度の頻度かも記載ください «週に\_\_\_\_\_回ほど» 全く食べない

- ジュースを毎日飲んでいますが？

毎日飲む 時々飲む ※どの程度の頻度かも記載ください «週に\_\_\_\_\_回ほど» 全く飲まない

- 食事を食べ残すことがありますか？それはどのような時でしょうか、「»にご記載ください？

はい « \_\_\_\_\_ » いいえ

