北海道教育大学附属釧路義務教育学校　前期課程

児　童　調　査　票

年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
組						
番						

児童	ふりがな		男・女	続柄	年　月　日生（西暦）	入学前の経歴（幼稚園・保育園名） 名称： 年　月　～　年　月
	氏　名					
	現住所	釧路市 ・ 釧路町　丁目　番　号 ☎　－　－　（自宅 ・ 借家 ・ アパート ・ 公宅 ・ 社宅）				
	変更後の現住所	釧路市 ・ 釧路町　丁目　番　号 ☎　－　－　（自宅 ・ 借家 ・ アパート ・ 公宅 ・ 社宅）				
	通学方法	徒歩 ・送迎・ バス（停留所：　）	変更後	徒歩 ・送迎・ バス（停留所：　）		

保護者	ふりがな		関係		関係
	氏　名				
	勤務先	☎　－　－		☎　－　－	
	変更後の勤務先	☎　－　－		☎　－　－	
	携帯電話	－　－	変更後　－　－	－　－	変更後　－　－

	連絡先	氏名・場所等	電話番号	変更後の電話番号	優先順位 1年	2年	3年	4年	5年	6年
緊急連絡先	自　宅		－　－	－　－						
	父携帯		－　－	－　－						
	母携帯		－　－	－　－						
	父勤務先		－　－	－　－						
	母勤務先		－　－	－　－						
	その他①		－　－	－　－						
	その他②		－　－	－　－						
	その他③		－　－	－　－						

家　族　構　成

ふりがな		関係		関係		関係
氏名						
学年	学校・学年・職業	年齢	学校・学年・職業	年齢	学校・学年・職業	年齢
1年	同・別		同・別		同・別	
2年	同・別		同・別		同・別	
3年	同・別		同・別		同・別	
4年	同・別		同・別		同・別	
5年	同・別		同・別		同・別	
6年	同・別		同・別		同・別	

ふりがな		関係		関係		関係
氏名						
学年	学校・学年・職業	年齢	学校・学年・職業	年齢	学校・学年・職業	年齢
1年	同・別		同・別		同・別	
2年	同・別		同・別		同・別	
3年	同・別		同・別		同・別	
4年	同・別		同・別		同・別	
5年	同・別		同・別		同・別	
6年	同・別		同・別		同・別	

登下校調査票　（児童名　　）

●登校する時は…【　　】内から選択して○を付け，必要な点を記入してください

◆主な方法は,【　徒歩　・　バス　・　自家用車　・　その他　】です

◆バスの場合は,　　番,乗車バス停は　　です

＊備考～特記事項があれば書いてください。その他の詳細,「～曜日はバス下校が多いです」など

◆他の方法として,【　徒歩　・　バス　・　自家用車・　その他　】を使うことがあります

◆バスの場合は,　　番,乗車バス停は　　です

＊備考～特記事項があれば書いてください。その他の詳細など

●下校する時は…【　　】内から選択して○を付け，必要な点を記入してください

◆主な方法は,【　徒歩　・　バス　・　自家用車　・その他　】です

◆バスの場合は,　　番,降車バス停は　　です

＊備考～特記事項があれば書いてください。その他の詳細,「降車後は～番で…」「祖父母宅に帰宅」など

◆その他の方法として,【　徒歩　・　バス　・　自家用車　・　その他　】を使うことがあります

◆バスの場合は,　　番,降車バス停は　　です

＊備考～特記事項があれば書いてください。

家　庭　環　境

学年	習い事（含：学習塾）	所属少年団・同好会・団体等の名称
1年		
2年		
3年		
4年		
5年		
6年		

学年	子ども部屋	下校後，通う児童館・託児所等（通う曜日）	帰宅時に保護者等が在宅
1年	ある　・　ない	（曜日：　　）	している　・　していない（帰宅先：　　）
2年	ある　・　ない	（曜日：　　）	している　・　していない（帰宅先：　　）
3年	ある　・　ない	（曜日：　　）	している　・　していない（帰宅先：　　）
4年	ある　・　ない	（曜日：　　）	している　・　していない（帰宅先：　　）
5年	ある　・　ない	（曜日：　　）	している　・　していない（帰宅先：　　）
6年	ある　・　ない	（曜日：　　）	している　・　していない（帰宅先：　　）

緊急処置の医療方法

緊急時の病院		特別に指定する病院があれば記入ください
内科小児科	やひろクリニック TEL　６５－８０８６	TEL　　－　　－
外　科	市　立　病　院 TEL　４１－６１２１	TEL　　－　　－
眼　科	カ ケ ハ シ 眼 科 TEL　２２－３１５１	TEL　　－　　－
耳 鼻 科	うえはら耳鼻咽喉クリニック TEL　５５－４１８７	TEL　　－　　－
歯　科	芽育歯科クリニック TEL　３８－３０３３	TEL　　－　　－

※病院を特別に指定する場合は，学校からの連絡が速やかに了解されるようにしておいてください

アレルギー等

お子様のことで学校に希望することや連絡したいことを具体的に書いてください（特に，**食物アレルギーなどは必ずお知らせください**）

1年	
2年	
3年	
4年	
5年	
6年	

※本調査票に記入していただいた個人情報については，緊急時の連絡やお子様の教育に関する資料以外の用途には使用いたしません（学校長）。