令和　　　 年 　　月 　　日

保　護　者　 様

　　　　　　　　　　　　学校

色覚の検査について

　先天色覚異常は男子の約5%(20人に1人)、女子の約0.2%(500人に1人)の割合にみられます。色が全く分からないというわけではなく、色によって見分けにくいことがある程度で、日常生活にはほとんど不自由はありません。しかし、状況によっては 色を見誤って周囲から誤解を受けることや、色を使った授業の一部が理解しにくいことがあるため、学校生活では配慮が望まれます。

　本人には自覚のない場合が多く、児童生徒等が検査を受けるまで、保護者もそのこと に気付いていない場合が少なくありません。治療方法はありませんが、授業を受けるに 当たり、また職業・進路選択に当たり、自分自身の色の見え方を知っておくためにもこの検査は大切です。

　本校では学校医と相談した結果、色覚異常の児童生徒等に配慮した指導ができるよう、 希望者を対象にした色覚の検査を行うことにしました。検査結果は保護者にお知らせし ます。

　以上を御理解いただき、申込書に御記入の上、　　月 　　日までに担任に御提出ください。

色覚の検査申込書

希望します / 希望しません (どちらかを○で囲んでください)

令和　　　 年 　　月 　　日

　　　　　　　　　　　　年　　　組

　　　　　　　　　氏名

保護者名