令和　　 年 　　月　　日

保護者 様

　　　　学校名

　　　　校長

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。色が全く分からないというわけではなく、色によって見分けにくいことがある程度で、日常生活にはほとんど不自由はありません。しかし、状況によっては色を見誤ることや、色を使った授業の一部が理解しにくいことがあるため、学校生活では配慮が望まれます。

　本人には自覚のない場合が多く、検査を受けるまで、保護者もそのことに気付いていない場合が少なくありません。治療方法はありませんが、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です。

　本校では、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ができるよう、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。

　以上を御理解いただき、申込書に御記入の上、　　 月　　 日までに担任に御提出ください。

色覚検査申込書

令和　　 年 　　月　　日

○○○学校長 様

**色覚の検査を**

**希望します 　／ 　希望しません**

（どちらかを○で囲んでください）

　　　　 　　年 　 組

氏　名

保護者名