令和　　 年 　　月　　日

保護者 様

　　年　　　組　氏名

 　　学校名

 　　校長

色覚検査結果のお知らせ

先日実施いたしました色覚検査の結果を次のようにお知らせします。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　今回の色覚検査では問題ありませんでした |
|  | 　色覚異常の疑いがありますので、眼科受診をお勧めします |

診断の結果に応じて学校生活や進路指導において配慮しますので、報告書を学校にご提出ください。

受診報告書（眼科）

【 診断の結果 】（該当するものに○）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　異常なし |
|  | 　色覚異常あり |
|  | 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【 指導事項 】

□先天色覚異常は、色によって見分けにくいことがある程度で、日常生活ではほとんど不自由

　がありません。状況によっては色を見誤ったり、色を使った授業の一部が理解しにくかった

　りしますが、色を扱う授業も他児童と同様に行わせ、色のバリアフリーに留意して個々の見

　え方や感じ方を大切にするようお願いします。

□多色を使用した教科書・教材の説明は色のみで表現せず、物の名前で表現したり、形や位置

　を説明したりするなど色情報以外を付加してください。緑の黒板では赤チョークが非常に見

　づらいため、使用には十分注意してください。

　令和　 　年　 　月　 　日 医療機関名

 医　師　名