平成　　年　　月　　日

保　護　者　様

学校名

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。色が全くわ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。

本人は自覚のない場合が多く，児童生徒等が検査を受けるまで，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，希望される場合は申込書に御記入の上，　　月　　日までに学級担任にご提出ください。希望されない場合は希望しませんに○をつけて，御提出ください。

き　り　と　り

**色覚の検査申込書**

平成　　年　　月　　日

新潟市立　　　　学校長　様

１　色覚の検査を希望します

２　色覚の検査を希望しません

　　　　年　　　組

児童生徒氏名

保護者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印