年　　月　　日

保護者各位

●●●市立●●●学校

学校長　●●● ●●●

色覚検査のご案内

保護者の皆さまにおかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本校では希望者を対象に、色覚検査を実施いたしますので、お知らせいたします。

先天性の色覚異常は、男子は20人に1人（約5％）、女子は500人に1人（約0.2％）の

割合で見られるといわれています。色覚異常は、色をまったく判別できないわけではなく、色により見分けにくいことがある程度です。ただし、状況によっては、授業の一部が理解しにくい場合や、周囲から誤解を受けることもあるため、学校生活においては配慮が望まれます。

また、色覚異常は本人に自覚がないケースが多いだけでなく、保護者も気づかないことが多々あります。有効な治療方法はないものの、自分自身の色の見え方を知っておくことは大切ですので、心配に思われる方には検査をおすすめいたします。

検査を希望する場合、下記の申込書に記入の上、●月●日までに、学級担任へ提出してください。なお、検査結果を外部へ通知することはございませんので、ご安心ください。

--------------------------------------------- キリトリ ---------------------------------------------

＜色覚検査申込書＞

学校長殿

**色覚検査を希望します**

年　　月　　日

年　　組　　　　氏名　　　：

　　　　　　　　　　　　保護者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印