年　　月　　日

保護者の皆さま

●●●市立●●●学校

学校長　●●● ●●●

**色覚検査について**

日頃より本校の教育活動にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、色覚に関する健康相談についてご案内申し上げます。

色覚検査は学校で実施する健康診断の必須項目ではないものの、色覚異常により、学校生活に支障をきたす場合もあるため、希望者を対象に実施しております。

色覚異常とは、色によって、見分けにくいことがある先天性の症状です。色をまったく判別できないわけではありませんが、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。なお、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。

現在、治療方法はありませんが、自分自身の色の見え方を知っておくことは大切です。検査を希望する方は、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。

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* キリトリ線 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

年　　月　　日

学校長殿

**色覚検査を希望します**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 組 | 氏名 |  |
| 保護者氏名 |  |