平成　　年　　月　　日

保護者　各位

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校　校長

色覚検査について

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)にみられます。遺伝する（親から子に伝わる）ことはよく知られています。

しかし、両親ともに正常でも色覚異常の子どもが生まれる事があります。

　先天性（生まれつき）の異常なので、生徒本人が自らの色覚異常を自覚できない場合や、保護者もその可能性に気づけない場合があります。(実際、色覚検査を受けるまで、色覚異常に気づいていなかった生徒や保護者は半数以上と報告されています。)

また、色覚異常の生徒は、見誤りやすい色(例えば緑の黒板の赤文字等)があるため様々な学習上の配慮が必要で、進路や職業によっては制限があります。

本校では、希望者に対して色覚検査を実施しております。検査結果は、保護者にお知らせします。また、その結果が学校から外部に提出されることはありません。一人一人に適切な配慮ができる様、また将来の進学・就職に備えて、本検査を受けられることをお勧めします。

以上の内容についてご理解をいただき、下記の項目を記載の上、学校へご提出ください。

平成　　年　　月　　日

学校長　殿

　色覚検査を　　　　1.　希望します　　　2.　希望しません　　(いずれかに○)

　年　　組　　　生徒名

保護者名　　　　　　　 　　　　印