平成　　年　　月　　日

保護者殿

年　　組

学校　校長

色覚検査の結果および精密検査のお勧め

このたびの色覚検査の結果、お子様に色覚異常の疑いがありました。

早目に眼科専門医を受診され、色覚の精密検査を受けていただけるよう、お勧め申し上げます。受診されましたら、その結果を下記報告書によって学校へお知らせください。

色覚精密検査報告書(ご提出ください)

受診した眼科

受信日　平成　　　年　　　月　　　日

●受けた色覚検査(医師に確認の上、ご記入ください)

石原表・標準色覚検査・東京医大式・パネルD-15(○で囲んでください)

その他：

●色覚精密検査の結果(○で囲んでください)

１．異常なし

２．弱度(軽度)色覚異常

３．強度色覚異常

４．その他：

児童・生徒名

保護者名　　　　　　　 　　　　印