

年 月 日

保護者 様  
各位家長

\_\_\_\_\_  
学校 校長  
\_\_\_\_\_  
学校名 校長

色覚の検査について  
关于色觉检查

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が、色が全く分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。このため強制ではありませんが、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。本人には自覚の無い場合が多く、児童生徒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。授業を受けるにあたり、また将来の職業・進路選択にあたり、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。

先天性色覚異常比例为男性约占5%(20人中一人)、女性约占0.2%(500人中一人)。因为并非完全分辨不出颜色，只是对某些颜色有时难以判断，而且因为对日常生活几乎没有影响，因此不作为强制性检查。在某些场合，因看错颜色而招致周围误解，以及对使用颜色的教学产生难以理解等的现象，因此希望在学校生活中予以照顾，因为在很多情况下本人对此没有感觉，如果不检查，家长大多也觉察不到。为了顺利地在校学习，以及今后在选择职业或升学方面对自己在颜色的判断方面有一个了解，因此这个检查也很重要。

以上をご理解いただき、色覚検査の希望の有無について、以下の「色覚検査希望書」に記入のうえ、月 日までに学級担任へご提出ください。

由此上述、对于是否希望接受色觉检查，请将下面的色觉检查申请书填好之后于 月 日前提交给班主任。

色 覚 検 査 希 望 書  
色 觉 检 查 申 请 书

\* どちらかに○をつけてください。请选择其中一项画○

色覚検査を 1. 希望します 2. 希望しません  
色觉检查 1. 希望 2. 不希望

年 月 日

年 組 児童生徒名  
年 組 児童学生姓名  
保護者名  
家長姓名

印  
印