

年 月 日
yyyy / mm / dd

保護者 様
Dear Parents / Guardians,

_____ 学校 校長 _____
(School name) Principal

色覚の検査について
Subject: Color Vision Inspection

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。

About 5 percent of boys, 1 in 20 boys, and about 0.2% of girls, 1 in 500 girls, will be seen congenital color blindness. However, it does not mean that they do not recognize the color at all. They cannot distinguish the specific color a tiny bit and they are not optically challenged in the daily life. When they misread the color, they might be met with misunderstanding from people around them or they might not understand the part of class with using the color. Therefore, adequate attention should be paid to them in school life.

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。

In many cases not only themselves but also guardians do not find color blindness until they have a color blindness inspection since they notice no symptoms. Receiving inspection is important to take a class, to know how they can see the color and to make career or occupation choice.

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。

Please understand the above and this inspection is non-mandatory. Then please fill out the following "Confirmation of willingness" whether you agree or not and submit to the classroom teacher by MM/DD.

色 覚 検 査 希 望 書
Confirmation of Willingness of Color Vision Inspection

* どちらかに○をつけてください。

* Please mark a ○(circle) on either 1 or 2.

色覚検査を 1. 希望します 2. 希望しません
 1. I will 2. I won't have my child receive color vision inspection.

年 月 日
yyyy / mm / dd

年 組 児童生徒名 _____
Grade Class Student's Name

保護者名 _____ 印
Guardian's name Seal (Hanko)