

年 月 日
Año ____ Mes ____ Día

保護者 様
Señores Padres y Tutores

____ 学校 校長 _____
Nombre de la escuela Director:

色覚の検査について
Acerca del examen de vista.

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。

La anormalidad congénita de la distinción de colores, fluctúa alrededor del 5% de los niños (1 entre 20 personas), alrededor del 0.2% de las niñas (1 entre 500 personas), pero eso no significa que no reconozcan los colores en absoluto, tan sólo tienen dificultad en distinguir algunos colores, por lo que casi no hay inconvenientes en la vida diaria.

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。

Por esta razón, el examen no es obligatorio; pero en algunas circunstancias, hay que tener consideración en la vida escolar, debido a que al confundir los colores, el niño puede ser malinterpretado por los demás ó puede tener problemas para entender clases donde se utiliza colores.

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。

A menudo, el niño no se da cuenta, y hasta recibir los resultados del examen, los padres tampoco perciben el problema. Este examen es importante no sólo para las clases; también para que el niño conozca cómo reconoce los colores, lo que le ayudará a elegir sus estudios y carrera a seguir en el futuro.

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。

Luego de comprender lo anterior, por favor escriba la siguiente "solicitud de examen de distinción de colores" y entréguelo al profesor de la clase, hasta el día del mes

色 覚 検 査 希 望 書
Solicitud de examen de distinción de colores

* どちらかに○をつけてください。

Encierre con un círculo donde corresponde.

色覚検査を 1. 希望します 2. 希望しません
Examen de vision 1. Deseo 2. No deseo
年 月 日
año mes día

年 組 児童生徒名 _____
Grado clase Nombre del alumno
保護者名 _____ 印
Nombre del padre ó tutor sello