年　　月　　日

년 월 일

保護者　様

학부모님 께

 学校　校長

（학교명）　　 　교장

**色覚の検査について**

**색각검사에 대하여**

　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。

 선천성 색각이상은 남자의 약 5%(20명에 1명),여자의 약 0.2%(500명에 1명)의 확율로, 색을 전혀 구별 못하는 것은 아니고, 색에 따라서 구별이 잘 안되는 정도로, 일상생활에는 아무런 지장이 없습니다.

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。

 그래서, 강제적이지는 않으나, 상황에 따라서는 색을 잘못 이해하여　주위로 부터 오해를 받거나 색을 이용한 수업의 일부를 이해하지 못할 수 있기에, 학교생활에서는 배려가 바람직합니다.

　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。

 본인에게는 자각증세가 없는 경우가 많고, 학생이 검사를 받을 때까지 보호자도 그 사실을 모르는 경우가 적지 않습니다. 수업을 받는 데 있어, 또 장래에 취업 또는 진로 선택에 있어, 본인 스스로도 색이 어떻게　보이는지 알 필요가 있기에 이 검사는 매우 중요합니다.

　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。

 위의 상황을 이해해 주시기 바라며, 색각검사의 희망유무에 대해, 밑의 「색각검사 희망서」를 기입하여 **월 일까지** 담임에게 제출해 주십시요.

**色　覚　検　査　希　望　書 색 각 검 사 희 망 서**

＊どちらかに○をつけてください。

 어느 한쪽에 ○해 주세요.

色覚検査を　　　１．希望します　　　　２．希望しません

색각검사를 희망합니다. 희망하지 않습니다.

年　　月　　日

　　년 월 일　　　　　　　　　年　 組　　児童生徒名

년 반 학생 이름

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　保護者名　　　　　　　　　　　　　　　印

 보호자 이름 인