

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%(20 명에 1 명), 여자의 약 0.2%(500 명에 1 명)의 확률로, 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 주십시오.

色 覚 検 査 希 望 書 색각검사 희망서

* どちらかに○をつけてください。
어느 한쪽에 ○해 주세요.

色覚検査を
색각검사를

1. 希望します
희망합니다.

2. 希望しません
희망하지 않습니다.

年 月 日
년 월 일

年 組 児童生徒名
년 반 학생 이름
保護者名
보호자 이름

印
인