

年 月 日
ano mês dia

保護者 様
Senhores Pais ou Responsáveis

学校 校長
Nome da Escola Diretor

色覚の検査について
Sobre o Teste de Daltonismo

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。

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。

O daltonismo é um problema que ocorre aproximadamente 5% (1 em cada 20) nos homens e 0.2% (1 em cada 500) nas mulheres. O daltônico tem a dificuldade de distinguir certas cores e isto não gera dificuldades na vida cotidiana. Por isso, o teste não é obrigatório. Porém, pode haver certa dificuldade no entendimento das aulas em que há uso de cores. Assim, algumas medidas devem ser tomadas na vida escolar.

O daltônico costuma não ter consciência de seu problema e os pais acabam sabendo do problema da criança depois de ter feito o teste. Além da criança conhecer a forma que ela enxerga as cores, o teste é importante para ela poder assistir às aulas, escolher o rumo e a profissão futura.

Tendo em vista esses fatos, favor preencher o requerimento do teste de daltonismo que segue abaixo e entregue-o para professor responsável até o ____ (mês)/ ____ (dia).

色 覚 検 査 希 望 書
Requerimento do Teste de Daltonismo

*どちらかに○をつけてください。

Circule uma das opções.

色覚検査を 1. 希望します 2. 希望しません
Teste de Daltonismo: 1. Desejo que realize 2. Não desejo.

年 月 日
ano mês dia

年 組 児童生徒名
série classe Nome do aluno:

保護者名
Nome do responsável:

印
(carimbo)