　　年　　月　　日

ปี เดือน วัน

保護者　様

เรียน ท่านผู้ปกครอง

　　　　　　　　　学校　校長

(ชื่อโรงเรียน) (อาจารย์ใหญ่/ผู้อำนวยการ)

**色覚の検査について**

เรื่องการตรวจตาบอดสี

　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。

ความผิดปกติของการเป็นตาบอดสีมาตั้งแต่กำเนิดพบได้ในอัตราส่วนประมาณ 5% ของเด็กชาย (1 ใน 20 คน) ประมาณ 0.2% ของเด็กผู้หญิง (1 ใน 500 คน) ไม่ใช่ว่าจะมองไม่เห็นสีเลย แต่อาจแยกแยะสีได้ยากเป็นบางสี และแทบจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเลย ด้วยเหตุนี้ทางโรงเรียนจึงขอไม่บังคับ เพียงแต่บางสถานการณ์ เช่น การสังเกตสีผิดอาจก่อให้เกิดการเข้าใจผิดจากคนรอบข้าง และอาจจะทำให้เกิดความไม่เข้าใจเวลาเรียนวิชาที่มีสีเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ดังนั้นทางโรงเรียนจึงถือว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญของการใช้ชีวิตในโรงเรียน

　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。

มีหลายกรณีที่เจ้าตัวไม่ทราบว่าเป็นตาบอดสี และผู้ปกครองส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าบุตรของตนเป็นหรือไม่เป็นจนกระทั่งได้เข้ารับการตรวจจากแพทย์ เนื่องในโอกาสที่เด็กได้เข้ารับการศึกษา หรือเนื่องในโอกาสการเลือกเส้นทางชีวิตและอาชีพในอนาคต ดังนั้นเพื่อให้รู้ว่าการมองเห็นของตนเองเป็นอย่างไรนั้น การตรวจดังกล่าวจึงถือเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง

　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。

หากรับทราบสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น กรุณากรอกใบแจ้งความประสงค์/ไม่ประสงค์รับการตรวจตาบอดสี และส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาภายในวันที่ เดือน

**色　覚　検　査　希　望　書**

ใบแจ้งความประสงค์รับการตรวจตาบอดสี

＊どちらかに○をつけてください。กรุณาวงกลมข้อใดข้อหนึ่ง

色覚検査を　　　１．希望します　　　　２．希望しません

　　　　 1.ประสงค์รับการตรวจตาบอดสี 　　　 2.ไม่ประสงค์รับการตรวจตาบอดสี

　年　　月　　日

ปี เดือน วัน

年　　組　　　児童生徒名

　　　　 ชั้นปี 　 ห้อง 　　 ชื่อ-นามสกุลของเด็กนักเรียน

　保護者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　 ชื่อผู้ปกครอง 　　　　　　　　　 ลายเซ็น