

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。

ความคิดปกติของการเป็นตาบอดสีมาตั้งแต่กำเนิดพบได้ในอัตราส่วนประมาณ 5% ของเด็กชาย (1 ใน 20 คน) ประมาณ 0.2% ของเด็กผู้หญิง (1 ใน 500 คน) ไม่ใช่จะมองไม่เห็นสีเลย แต่อาจแยกแยะสีได้ยากเป็นบางสี และแทบจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเลย ด้วยเหตุนี้ทางโรงเรียนจึงขอไม่บังคับ เพียงแต่บางสถานการณ์ เช่น การสังเกตสีผิวดอกก็ทำให้เกิดการเข้าใจผิดจากคุณรอบข้าง และอาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจเวลาเรียนวิชาที่มีสีเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา 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。

มีหลายกรณีที่เจ้าตัวไม่ทราบว่าตนเป็นตาบอดสี และผู้ปกครองส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าบุตรของตนเป็นหรือไม่เป็นจนกระทั่งได้เข้ารับการตรวจจากแพทย์ เนื่องจากโอกาสที่เด็กได้เข้ารับการศึกษาก็หรือเนื่องในโอกาสการเลือกเส้นทางชีวิตและอาชีพในอนาคต 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。กรุณาวางกลมข้อใดข้อหนึ่ง

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  
ชั้นปี ห้อง

児童生徒名  
ชื่อ-นามสกุลของเด็กนักเรียน

保護者名  
ชื่อผู้ปกครอง

印  
ลายเซ็น