

平成 年 月 日

保護者 各位

_____ 学校 校長 _____

色覚検査について

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)にみられます。遺伝することは知られていますが、両親が正常でも色覚異常の子どもが生まれるという事実はあまり知られていません。(遺伝子によって発症の仕方が異なるため)

先天性であるがゆえ、生徒本人が自らの色覚異常を自覚していない場合や、保護者もその可能性に気づいていない場合が少なくありません。(実際、色覚検査を受けるまで、色覚異常に気づいていなかった生徒や保護者は半数以上と報告されています。)また、色覚異常の生徒は、程度によって見誤りやすい色が異なるため個別に様々な学習上の配慮(例えば緑の黒板の赤文字が読めない等)が必要な場合や、進路や職業の選択の際に制限のある場合が少なからずあります。

本校では、希望者に対する色覚検査を実施しております。検査結果は、保護者にお知らせします。また、その結果が学校から外部に提出されることはありません。一人一人に適切な配慮ができる様また将来の進学・就職に備えて、本検査を受けられることをお勧めします。以上の内容についてご理解をいただき、下記の項目を記載の上、学校へご提出ください。

平成 年 月 日

学校長 殿

色覚検査を 1. 希望します 2. 希望しません (いずれかに○)

年 組 生徒名 _____

保護者名 _____ 印