

平成 年 月 日

保護者殿

年 組

学校 校長

色覚検査の結果および精密検査のお勧め

このたびの色覚検査で色覚検査表の読み取りに困難な箇所がありました。早目に眼科専門医を受診され、色覚の精密検査を受けていただけるよう、お勧め申し上げます。受診されましたら、その結果を下記報告書によって学校へお知らせください。

色覚精密検査報告書(ご提出ください)

受診した眼科

受診日 平成 年 月 日

●受けた色覚検査(医師に確認の上、ご記入ください)

石原表・標準色覚検査・東京医大式・パネル D-15(○で囲んでください)

その他：

●色覚精密検査の結果(○で囲んでください)

1. 異常なし
2. 弱度(軽度)色覚異常
3. 強度色覚異常
4. その他：

児童・生徒名

保護者名

印