

平成 28 年 11 月 11 日

保護者様

千早赤阪村立赤阪小学校
校長 安 尾 健 也

色覚の検査について

晩秋の候、保護者の皆様方には、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、今年度の学校保健安全法施行規則の一部改正により、本村では学校医と相談した結果、色覚異常の児童生徒等に配慮した指導ができるよう、希望者を対象にした色覚検査を実施いたします。

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。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。しかし、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。

本人には自覚のない場合が多く、児童生徒等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。治療方法はありませんが、授業を受けるに当たり、また職業・進路選択に当たり、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。

検査の実施においては、プライバシーの保護に十分配慮いたします。また、学校での検査結果は保護者にお知らせします。***本年度は全児童の希望者を対象に行いますが、次年度より 1・4 年生の希望者が対象になります。**

以上をご理解いただき、ご希望の有無にかかわらず、以下の調査票にご記入の上、11 月 16 日 (水) までに学級担任にご提出ください。

.....き り と り.....

色覚検査希望調査票

平成 年 月 日

千早赤阪村立赤阪小学校長 様

いずれかに○印をつけてください。

() 色覚の検査を希望します

() 希望しません

年 児童名 _____

保護者名 _____