

平成28年10月12日

保護者様

千早赤阪村立千早小吹台小学校
校長 當麻 裕彦

色覚の検査について

秋涼爽快の候、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、このたび学校保健安全法が改正され、今年度より希望者を対象にした色覚検査を実施することとなりました。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）の割合で見られます。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、学校生活でも配慮が望まれます。

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。

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の検査を行うことにしました。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の方にお知らせします。※本年度は全校児童の希望者を対象にしますが、次年度からは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、希望される場合は申込書にご記入の上、10月19日（水）までにお子様一人ひとりごとに学級担任へご提出ください。

.....き り と り.....

色覚検査調査票

平成28年10月 日

千早赤阪村立千早小吹台小学校長 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 _____