

令和 7 年 9 月 18 日

1 年生・4 年生 保護者様

千早赤阪村立千早小吹台小学校
校長 越 口 直 史

色覚の検査について

平素は、本校教育活動にご理解、ご協力いただきありがとうございます。

さて、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) 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。治療方法はありますが、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。

本校では学校医と相談した結果、色覚異常の児童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っています。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。

対象者は、1 年生と 4 年生の希望者になります。以上をご理解いただき、希望の有無を確認させていただきます。以下の調査票にご記入の上、9 月 25 日(木)までに学級担任へご提出ください。

.....き り と り.....

色覚の検査申込書

令和 7 年 月 日

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 ____番 児 童 名 _____

保護者名 _____