

保護者 様

成田高等学校・同付属中学校
校長 鈴木 隆 英

色覚の検査について

先天性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、学校生活での配慮が望まれます。

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。

本校では、学校医と相談した結果、色覚異常の児童生徒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行うことにしました。

ご希望の方は、下記にご記入いただき学級担任または中高保健室にご提出ください。申込書を受け取りましたら、お子様に検査日時をお知らせし、保健室にて実施します。検査結果は保護者様にお知らせします。



色覚の検査申込書

年 月 日

成田高等学校・同付属中学校長様

色覚の検査を希望します

中・高 年 組 番

氏 名 _____

保護者署名 _____ (印)