

平成 2 8 年 9 月 5 日

保護者のみなさま

島本町立第一中学校
校 長 松本 剛

色覚検査について

新涼の候、保護者のみなさまにおかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日頃より本校の教育活動にご理解とご協力をたまわり感謝申し上げます。

さて、文部科学省は、学校における健康診断で「色覚検査」を行うことをすすめています。日本人の場合、先天的に色を見分けにくい人が男子の約 5%、女子の約 0.2% の割合でおり、本人に自覚がないことも多いと言われています。日常生活では不自由を感じなくても、学校生活で配慮が必要な場合もあります。今後、自分の色覚の特性を知らないまま進学や就職等で不利益を受けることのないよう、自分の色の見え方を知っておくことも大切ではないかと思われます。

つきましては、島本町立小・中学校では、本年度は全学年の希望者を対象に色覚検査を行います。来年度以降は、小学校新 1 年生の希望者を対象に色覚検査を行う予定です。

以上をご理解いただいたうえで、下記の色覚検査希望調査票をご記入のうえ、提出期限までに担任にご提出ください。

なお、結果につきましては、検査終了後に随時お知らせいたします。

提出期限 9 月 9 日 (金)

..... き り と り

色覚検査希望調査票

色覚検査を

希望します

希望しません

どちらかに○をつけてください。

年 組 番

児童・生徒氏名

保護者氏名