

令和8年3月23日

新入生 保護者 様

錦城学園高等学校
保健室 小山 景子

未検査者対象【色覚検査申込書】

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、生徒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。

本校では色覚異常の生徒等に配慮した指導ができるよう、未検査者の希望者を対象に色覚検査表を用いたスクリーニング検査を行っています。検査結果は保護者にお知らせいたします。

以上をご理解いただき、検査を希望される場合には以下の申込書にご記入の上、4月6日(月)入学式にご提出ください。

※小中学校等で検査を受けている方、検査を希望されない方は、提出の必要はありません。

き り と り

令和 年 月 日

過去に「色覚検査」を受けたことがありますか？

ある → 検査を受ける必要はありません
(視力と違い検査結果が変わることはありません)

ない → 希望される場合は検査を受けられます

色覚の検査を希望します

年 組 番

氏名 _____

保護者 _____ 印

学校控え (こちらもご記入下さい)

年 組 番

氏名 _____