

平成30年 9月19日

保護者様

群馬県立太田工業高等学校
校長 三 芝 功 一

色覚検査について（お願い）

新涼の候、保護者の皆様にはますます御健勝のことと御推察申し上げます。

また、日頃より本校の教育活動に御理解と御協力をいただき、誠にありがとうございます。

このたび、高校1年生の希望者を対象に色覚検査を実施することとなりました。

先天性の色覚異常は、男子の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。色が全くわからないというわけではなく、見分けにくい程度で、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、色を扱う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。

本人に自覚がないことが多く、本人も保護者も、色の見分けづらさに気づ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ことは大切です。

本校では県の方針に基づき、色覚異常の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。保護者の同意を得たうえで、被検査者のプライバシーを守るため個別検査ができる会場を設定して、検査を実施します。また、検査結果は保護者にお知らせします。

以上の内容について御理解いただき、下記の項目を御記入のうえ、9月28日（金）までに担任に御提出をお願いします。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・切り取り・・・・・・・・・・・・・・・・

平成30年 9月 日

学校長様

色覚検査を 1 希望します 2 希望しません (どちらかに○)

1年 組 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印