令和　　　 年 　　月 　　日

保　護　者　 様

　　　　　　　　　　　　学校

**色覚検査結果のお知らせ**

健康診断（色覚検査）の結果，色覚異常の疑いがありましたのでお知らせいたします。

早めに医師の診察，指導を受けられますようお勧めいたします。

なお，受診報告書を学校まで提出してください。

すでに通院され結果がわかっている場合は，受診報告書にその旨を記入し提出してください。

**受診報告書（色覚検査）**

　　　　　年　　　　組　　　　　氏名

診断結果

　　1．異常なし

　　2．色覚異常

指示事項等

医療機関名

令和　　　　年　　　月　　　日　　　　　　医師名

受診結果を提出いたします　　　　　　　　　保護者名