



## 視障運動員視力鑑定表

\*\*\*本表為視障分級之必要文件\*\*\*

鑑定日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日（鑑定日期須於分級半年內）

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_\_\_

身份證字號：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

### 鑑定紀錄：

疾病名稱：\_\_\_\_\_（必填）

	裸眼視力	矯正視力	中心視野直徑(度)
右眼			
左眼			

註：1.造成嚴重視野缺損的眼睛疾病，視障運動員請於分級時，需檢附視野報告圖。

2.視障運動員最低參賽資格，優眼矯正視力 $\leq 0.1$  和/或優眼中心視野直徑小於 40 度(不含)。

鑑定醫療院所：\_\_\_\_\_（必填）

鑑定醫師：\_\_\_\_\_（簽章）

專科醫師字號：\_\_\_\_\_（必填）

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日