



## 視障運動員視力鑑定表

\*\*\*本表為視障分級鑑定之必要文件\*\*\*

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：\_\_\_\_\_

|    | 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：\_\_\_\_\_

鑑定醫師：\_\_\_\_\_（簽章）

專科醫師字號：\_\_\_\_\_

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