



109 年全國身心障礙國民運動會
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 ≤ 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