附表十六

108年臺中市第九屆身心障礙國民動會

視 障 運 動 員 視 力 鑑 定 表

＊＊僅供本賽會使用，欲參加正式賽會需體位分級中心鑑定＊＊

鑑定日期:_____年_____月_____日（鑑定日期須於本分級半年內）

參加單位:_____

姓名:_____ 性別:_____ 年齡:_____

身份證字號：_____

戶籍地址：_____

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，視障運動員請於體位分級時，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：_____