附件1

 代码：

 编号：

重 庆 市

病残儿医学鉴定申请审批表

 申请人姓名：夫 ＿＿＿＿＿ 妻＿＿＿＿＿＿

 患儿姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 家庭住址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

重庆市卫生健康委员会制

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿姓名 |  | 患儿右拇指纹 |  | 母子近期合照 | 贴照片处（贴后加盖卫生健康办骑缝章） |
| 性别 |  | 出生时间 |  |
| 父亲姓名 |  | 出生时间 |  | 工作单位 |  |
| 母亲姓名 |  | 出生时间 |  | 工作单位 |  |
| 女方身份证号： | 男方身份证号： |
| 联系电话： | 联系电话： |
| 申请理由：申请人签字：父 母 年 月 日 |
| 村（居委）、单位意见：负责人：签字 年 月 日 （盖公章） |

|  |
| --- |
| 乡镇（街道）卫生健康办调查记录 |
| 患儿为第 胎，第 产（顺产、难产、剖腹产）孕期母亲健康状况：良好、患病： 病名 患病时间：有无毒害物接触史：有无（射线、铅、汞、笨、不良药物等）接触史患儿母亲自然流产 次，人流 次，药流 次，早产 次，死胎（产） 次，原因：有无子女死亡及其原因：家系调查：（祖父母、外祖父母、伯、叔、姑、舅、姨、堂表伯、叔、舅、姨是否有相关疾病）调查者签字： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 社会调查：调查者签字： 年 月 日 |
| 乡镇（街道）卫生健康办意见：卫生健康办主任签字：  乡镇（街道）卫生健康办（盖章） 年 月 日 |
| 区县病残儿医学鉴定初筛意见 |
| 病史及治疗：症状及体征：辅助检查：初筛诊断：鉴定组长签名：鉴定组成员签名：  年 月 日 （盖公章） |
| 三级以上医疗机构曾经诊治出据的诊断证明书、必要辅助检查报告单、住院病历等资料粘贴页： |
| 重庆市病残儿医学鉴定专家组鉴定意见 |
| 病史及治疗：症状及体征：辅助检查：疾病诊断：病残程度：医学建议：鉴定组长签名：鉴定组成员签名： 年 月 日 （盖公章） |
| 市级鉴定病历、化验、各种特殊检查报告单粘贴页： |
| 区县卫生健康委员会审批意见 |
| 审批小组成员签名：委负责人签名：年 月 日（ 盖公章） |

填表说明

1. 本表由重庆市卫生健康委员会统一制作，报国家卫生健康委员会备案，表中内容不得随意改。
2. 本表用钢笔填写，字迹须工整，填写清楚，不得漏项，无内容填写的须用斜线划掉。
3. 本表由申请鉴定者填写一式两份，贴上母子双人近期照片，乡镇（街道）卫生健康办加盖钢印或骑缝章（一式二份），并附三级以上医疗机构疾病诊断书和必要的辅助检查检验报告单，方可参加鉴定。
4. 封面代码及编号不填写。