附件2

**东营市城乡居民门诊慢性病鉴定申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 个人编号 |  | 身份证号码 |  | 人员类别 |  |
| 参保单位 |  | 联系电话 |  |
| 申报病种 |  |
| 既往病历及相关资料摘要 |  　 年 　月 　日  |
| 主要症状及阳性体征、诊断 |  医师：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　  年 　月 　日 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗鉴定初审意见 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　盖章　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日　　　　　　　　　　 |
| 医疗鉴定小组意见及最后诊断意见 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　组员：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　组长：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 市社会保险管理服务中心审批意见 | 　　　　盖章　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 备注 |  |