

附件 2

新乡市非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定表

单位代码:

身份证复印件粘贴处		申请人	近期免冠 一寸照片
		联系电话	
单位名称		单位联系人	
单位地址		联系人电话	
主要诊断			
伤病情况简述： 医师签字（或盖章）： 医疗单位公章： 年 月 日			
申请人签名：		单位意见：	
年 月 日		盖 章 年 月 日	
提供资料明细：1.原始病历复印件（需加盖医院红章）；2.身份证复印件；3.个人申请书；4.其他需要提供的材料。			

查体主要所见：

辅助检查结果：

主检医师签名：

年 月 日

专家组意见：

依据《职工非因工伤或因病丧失劳动能力程度鉴定标准(试行)》(劳社部发〔2002〕8号) _____条，经专家组研究， _____丧失劳动能力。

专家1 _____ 专家2 _____ 专家3 _____

年 月 日

劳动能力鉴定委员会意见：

_____丧失劳动能力。

(印章)

年 月 日

注：1.此表一式两份正反面打印；

2.请用钢笔、毛笔填写或打印，字迹清楚，涂改无效。

新乡市非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定表（样表）

单位代码：410123456789（单位社保账户）

身份证复印件粘贴处		申请人	近期免冠 一寸照片
		张三	
		联系电话	
		12345678900	
单位名称	新乡市 XXX 有限公司	单位联系人	李四
单位地址	新乡市 XX 路与 XX 街交叉口 XX 号	联系人电话	01234567891
主要诊断	脑梗死，双侧颈内动脉闭塞、糖尿病、冠心病		
伤病情况简述： 张三患高血压、冠心病、糖尿病 8 年，血压最高 180/110mmhg，长期服药。2016 年 3 月 1 日到 3 月 15 日因患脑梗死，在 XX 医院住院治疗，入院后进行了全面检查，头部 CT 提示：右额叶、顶叶多发缺血梗死灶。治疗上主要给予了阿司匹林，波立维等抗血小板聚集及改善循环的治疗，经系统治疗后症状有所缓解。目前本人仍感觉走路困难，肢体麻木，糖尿病导致视物不清，自理能力较差，需要家人帮助。 医师签字（或盖章）： 医疗单位公章： 年 月 日			
申请人签名： 年 月 日		单位意见： 盖章 年 月 日	
提供资料明细：1.原始病历复印件（需加盖医院红章）；2.身份证复印件；3.个人申请书；4.其他需要提供的材料。			

查体主要所见：

辅助检查结果：

主检医师签名：

年 月 日

专家组意见：

依据《职工非因工伤或因病丧失劳动能力程度鉴定标准(试行)》(劳社部发〔2002〕8号) _____条，经专家组研究， _____丧失劳动能力。

专家1 _____ 专家2 _____ 专家3 _____

年 月 日

劳动能力鉴定委员会意见：

_____丧失劳动能力。

(印章)

年 月 日

注：1.此表一式两份正反面打印；

2.请用钢笔、毛笔填写或打印，字迹清楚，涂改无效。