

编号: □□□□□□□□□□

浙江省病残儿医学鉴定 申请/鉴定书

浙江省人口和计划生育委员会制



病残儿医学鉴定申请表说明

- 1、申请人填写《申请书》一份。
- 2、申请人提请病残儿医学鉴定申请时，同时提供下列材料：
 - (1) 患儿户口档案、病历、疾病诊治档案等一份；
 - (2) 患儿二寸照片、患儿与父母近期合影二寸照片各一张。
- 3、申请“编号”由县计生委填写。编码规则：10位编码。前4位数为县级行政区域代码；第5、6位数为年份数后两位。如2002年度申请，填写02；后4位数为申请序列号。
- 4、《申请书》及患儿病历、疾病诊治档案等材料经各级审核，按规定工作日，一并逐级上报至市级计划生育行政部门。
- 5、县级与乡级计划生育行政管理部门联合组织患儿情况及父母健康状况调查，填写表格。

县级计划生育行政管理部门对缺乏病历、医学检查等材料的对象，组织其在指定的计划生育技术服务机构或医疗单位进行初步诊断及检查；对群众有异议、举报的对象，进行专题调查。检查结果及专题调查一并上报。
- 6、市计划生育行政部门在收到《申请书》后，转呈相关专家进行材料审核，如材料不完备、缺乏科学性由县级负责补充材料。
- 7、《省级申请（一）》：申请人对市级鉴定组所作的鉴定结论有异议，提起省级鉴定申请时，由本人填写申请，连同《浙江省病残儿医学鉴定申请 / 鉴定书（市级）》一并交市级计划生育行政部门审核后上报省计划生育行政部门。
- 8、《省级申请（二）》：市级鉴定组不能作出鉴定结论，提起省级鉴定申请时，由鉴定小组填写申请，连同《浙江省病残儿医学鉴定申请 / 鉴定书（市级）》一并交市级计划生育行政部门审核后上报省计划生育行政部门。

患儿姓名_____

性 别_____

出生日期_____年 _____月_____日

身份证号_____

籍 贯_____

户籍地址_____

患儿二寸照片
(县级计划生育行政部门钢印)

近期患儿与父母合影二寸照片
(县级计划生育行政部门钢印)

父亲姓名_____年龄_____身份证号_____

职 业_____工作单位_____

母亲姓名_____年龄_____身份证号_____

职 业_____工作单位_____

联系地址_____

联系电话_____邮政编码_____

申请理由:

患儿父母亲（签名及盖章）:

年 月 日

单位或村（居）委会审核意见:

单位或村（居）委会

负责人(签名及盖公章):

年 月 日

父 母 健 康 情 况 调 查	月经史:
	患儿第 胎, 第 产次 曾自然流产 次, 人流 次, 早产 次, 死胎产 次 原因简述:
	孕期母亲健康状况及毒(药)物、射线接触史:
	既往疾病史:
	现健康状况:

乡级计划生育管理部门审核意见：

乡级计划生育管理部门负责人：

（签名及盖公章）

年 月 日

县级计划生育行政部门审查意见：

县级计划生育行政部门负责人：

（签名及盖公章）

年 月 日

市级计划生育行政部门审核意见：

市级材料审核负责人

(签名及盖公章)

年 月 日

(患儿户口档案，病史档案附后)

市级病残儿医学鉴定

患儿疾病及诊治情况:

现场检查及结果:

患儿父母咨询情况:

属难以明确诊断的对象的处理意见：

市级病残儿医学鉴定组（盖章）

年 月 日

再次鉴定的日期： 年 月 日

进一步检查、治疗的结果：

检查地点：

年 月 日至 年 月 日

疾病鉴定结果：

鉴定专家签名：

市级鉴定结论：

注：疾病鉴定结果包括：1、疾病诊断、疾病原因、遗传方式、疾残程度再生育子女风险分析、再生育及产前诊断建议等；2、不属于病残儿的，阐明理由。

市级病残儿医学鉴定组成员签名

姓 名	单 位	职务/职称	签 名
市级病残儿医学鉴定组 负责人（签字）： 年 月 日		市级病残儿医学鉴定组 （公章） 年 月 日	

粘贴报告单：

