

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	<p style="text-align: right;">年 月</p> <p>日</p>					
主要症状 及阳性体 征、诊断	<p>医师：</p> <p style="text-align: right;">年</p> <p style="text-align: center;">月 日</p>					

<p>医疗鉴定初 审意见</p>	<p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p>
<p>医疗鉴定小 组意见及最 后诊断意见</p>	<p style="text-align: right;">组员： 组长： 年 月 日</p>
<p>市社会保险 管理服务中 心审批意见</p>	<p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p>
<p>备注</p>	