附件3

**职业病诊断就诊登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 年龄 |  | | | | 联系电话 | | |  | | | | |
| 身份证号码 | |  | | 联系地址 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位名称 | |  | | | | | 用人单位联系人 | | | | |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 用人单位地址 | |  | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 职业史 | | 起止  时间 | | 工作单位 | | | | | | 工种/  岗位 | 每天  工作时间 | | 接触的  危害因素 | | | | | 防护  情况 | |
|  | |  | | | | | |  |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  |  | |  | | | | |  | |
| 如有以下资料，请一并提供（请在相应资料后打“√”）：  （一）劳动者职业史和职业病危害接触史（包括在岗时间、工种、岗位、接触的职业病危害因素名称等）； （ ）  （二）劳动者职业健康检查结果； （　　）  （三）工作场所职业病危害因素检测结果；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　）  （四）个人剂量监测档案（限于接触职业性放射性危害的劳动者）； （ ）  （五）与诊断有关的其他资料。　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　）  本人认可所提供资料是客观的、真实的。同时，本人申明近期没有在其他职业病诊断机构进行诊断。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当事人：（签名或签章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代理人姓名 |  | | 与当事人关系 | |  | | 身份证号码 | |  | | | | | | | 联系方式 | | |  |
| 代理人签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　编号：

注:1.当事人应当提交身份证复印件和劳动关系相关证明材料等，并在复印件上签名确认；

委托代理的，还应当提交当事人委托书和代理人身份证复印件。

2.当事人应当在所提交的资料首页上签名确认，并注明页数。

3.如果提供的材料是复印件，应注明“此件与原件相符”并签名，单位加盖公章。

4.当事人在职业病诊断中所提交的所有材料一概不予退还，请自留备份。

5.劳动者如有相关资料的，请一并提供。