职业病诊断就诊登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 劳动者姓名 |  | 性　别 |  | 年　龄 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |   | 联系地址 |
| 用人单位 |  | 用人单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 劳动者既往病史 |  |
| 提起诊断的职业病种类 | □职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 　 　　□职业性眼病 □职业性化学中毒 □职业性耳鼻喉口腔疾病 □物理因素所致职业病 　　　 □职业性肿瘤 □职业性传染病 　　　　　　 □其他职业病 □职业性皮肤病  |
| 劳动者职业病危害因素接触史（不够填写可附页） | 起止时间 | 工作单位 | 工种 | 岗位 | 接触的职业病危害因素名称 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 劳动者提供的资料：□劳动关系证明材料；□劳动者的身份证复印件；□职业病诊断资料 。本人声明提供的所有资料是真实的,同时承诺近期未在其他职业病诊断机构诊断。当事人：（签章）　　　　　　　　　　　　　　　 日期： 年 月 日 |
| 代理人姓名  |  | 代理劳动者（　） | 代理人身份证号码 |  | 联系电话 |   |
| 代理用人单位（　） |
| 代理人签名： 日期： 年 月 日 |

注1.劳动者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。

注2.委托代理的，还应当提交劳动者的委托书和代理人身份证复印件, 并在复印件上签名确认。

注3.资料提交人应当在所提交的资料首页上签名确认，并注明页数。

注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。

注5.提起诊断的职业病种类根据最新颁布《职业病分类和目录》随时调整。