附件2

市编号：

**钦 州 市**

**病残儿医学鉴定申请审批表**

患儿姓名： 性别： 年龄：

申报疾病：

母亲姓名： 联系电话：

父亲姓名： 联系电话：

家庭常住地址：

呈报县（区）： 呈报时间：

钦州市卫生和计划生育委员会制

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿姓名 | |  | 性别 |  | | 贴父母子女  半身合影近照  （加盖母亲单位或村、居委骑缝公章） | |
| 出生时间 | |  | 出生地 |  | |
| 常住地址 | |  | | | |
| 母亲姓名 | |  | 年龄 |  | 身份证  号 码 | |  |
| 工作单位  或居住地 | |  | | | | | |
| 户口所在地（省、县、镇） | |  | | | | | |
| 父亲姓名 | |  | 年龄 |  | 身份证  号 码 | |  |
| 工作单位  或居住地 | |  | | | | | |
| 户口所在地  （省、县、镇） | |  | | | | | |
| 家  族  史 | 1、有否近亲结婚：患儿父母、祖父母、外祖父母。  2、家族遗传病史：无；有： 。  3、先天畸形病史：无；有： 。  4、其它： | | | | | | |
| 孕  产  史 | 1、患儿第 胎，第 产，顺、难产，自然分娩、手术产；  2、母亲妊娠史：自然流产 次，人流 次，早产 次  早孕感冒、服违禁药物、接触农药、接触放射线史；  3、患儿母亲有无子女死亡史 ：无、有（死亡原因： ）；  4、其它： | | | | | | |
| 申请理由 | 申请生育二孩理由：  申请人签字（父母）： | | | | | | |
| 以上内容由申请人填写 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 女方  单位  或村  （居）  委  证明情况 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | 男方  单位  或村  （居）  委  证明情况 | | | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 镇（街道）人口计生办审核情况：  1、患儿父母已生育 个孩子，现存子女 个，目前女方有无怀孕 。  2、申请人填写内容（户籍、身份、工作/居住及家族孕产史）查验是否属实 。  3、申请人有无收养子女情况 。  经办人： 负责人： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（区）计划生育技术鉴定小组初步鉴定意见：  组长：  成员： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（区）卫生计生局意见：    负责人： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 定点体检医院： | | | | | | | | | | | | | | |
| 专  科  检  查  情  况 | 相  关  体  检  记  录 | | | 身高 | cm | 体重 | kg | | | 发育 | |  | 营养 |  |
| ： | | | | | | | | | | |
| 辅  助  检  查  记  录 | | |  | | | | | | | | | | |
| 诊  断 | | |  | | | | | | | | | | |
| 医师签名：  1、  2、 | | | | | | | | | 体检医院审核盖章  年 月 日 | | | | | |
| 市病残鉴定小组诊断及鉴定意见 | | 组长： 副组长：  成员：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 市卫生计生委审批意见 | | （盖章）  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 备  注 | |  | | | | | | | | | | | | |