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。