编号：四川省第［ ］ 号

成都市第［ ］ 号

**四川省病残儿医学鉴定表**

市（州）

县（市、区）

儿童姓名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 家庭住址 | |  |
| 父亲姓名 |  | 年龄 |  | 结婚年龄 |  | 是否  近亲  结婚 | | 近期母子合影（2寸）  加盖女方单位或  村（居）委会公章 |
| 工作单位  职 业 |  | | | | |
| 母亲姓名 |  | 年龄 |  | 结婚  年龄 |  | 是 | 否 |
| 工作单位  职 业 |  | | | | |  |  |
| 申请理由 | 申请人签字：父 母 年 月 日 | | | | | | | |
| 女方单位  或村  （居）委会意见 | 负责人签名：  单位盖章 年 月 日 | | | | | | | |
| 乡（镇）  政府或街  道办事处  意见 | 负责人签名：  单位盖章 年 月 日 | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 该儿童系第 胎，第 产，孕期母亲健康状况及毒（药物）、射线接触史： |
| 该儿童母亲曾自然流产 次，人流 次，早产 次，死（胎）产 次及原因：  有无子女死亡及原因：  家系调查：  调查者签名：  调查日期： 年 月 日 |
| 县（区）计生局：  负责人签名：  单位盖章： 年 月 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市（州）  鉴  定  组  意  见 | 鉴定组组长签名：  副组长签名：  年 月 日（鉴定组专用章） | | |
| 鉴定组成员姓名 | 单位 | 职称 | 签名 |
|  |  |  |  |
| 省  鉴  定  组  意  见 | 鉴定组组长签名：  副组长签名：  年 月 日（鉴定组专用章） | | |
| 鉴定组成 员姓名 | 单位 | 职称 | 签名 |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 化验、各项特殊检查报告单粘贴如下： |

说明：1、编号填写格式例如：市第〔2002〕001号

2、需要做家系调查者，由儿童所在乡（镇、街道）计划生育行政主管部门进行。

3、此鉴定表最后由市（州）计划生育委员会收存备查。