

# 因病提前退休人员调查表

姓名		工作单位或原工作单位		一寸近期 免冠彩色 照片
性别	出生年月		患病时间	
病情诊断	住院治疗医院及科室			
住院病历号		治疗费支出	病历是否真实	
以上由被鉴定人如实填写				
调 查 结 论	当地医院病历真实状况	病案室负责人意见并署名加盖科室印章  年 月 日	调查人员署名意见  年 月 日	单位负责人审查署名意见  年 月 日
	本地以外市内医院病历真实状况	病案室负责人意见并署名加盖科室印章  年 月 日	调查人员署名意见  年 月 日	单位负责人审查署名意见  年 月 日
	市以外医院病历真实状况	医疗机构核实病历署名意见  年 月 日	调查人员署名意见  年 月 日	单位负责人审查署名意见  年 月 日