职工因病或非因工致残完全丧失劳动能力调查表

<table>
<tr><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>工作单位或原工作单位</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">一寸近期免冠彩色照片</td></tr>
<tr><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td><td>患病时间</td><td></td></tr>
<tr><td>病情诊断</td><td colspan="2"></td><td>住院治疗医院及科室</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住院病历号</td><td colspan="2"></td><td>治疗费支出</td><td></td><td>病历是否真实</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">以上由被鉴定人如实填写</td></tr>
<tr><td rowspan="2">调查结论</td><td colspan="6">病案室负责人意见:

署 名:

签 章
年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="6">调查人员意见:

署 名:

年 月 日</td></tr>
</table>