

劳动能力鉴定（结论）表

姓名：	性别：	身份证号码：
工作单位：		
伤情介绍：		
专家意见：		
1. 劳动功能障碍程度：经鉴定符合国家标准分级系列_____级_____款 确定为_____级；		
2. 生活自理障碍程度：经鉴定符合_____护理依赖；		
<input type="checkbox"/> a) 进食 <input type="checkbox"/> d) 穿衣、洗漱		
<input type="checkbox"/> b) 翻身 <input type="checkbox"/> e) 自主行动		
<input type="checkbox"/> c) 大、小便		
3. 配置辅助器具确认：经鉴定_____。		
4. 停工留薪期确认：经鉴定确定为_____个月。		
5. 医疗依赖 符合《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》（国家标准 GB / T16180-2014）医疗依赖，判定分级：特殊医疗依赖：_____（1-4 级）；一般医疗依赖：_____（5-8 级）；一般医疗依赖或无医疗依 赖：_____（9-10 级）。		
鉴定专家签名：		
专家 1：	专家 2：	专家 3：
日期： 年 月 日		
注：本页劳动能力鉴定委员会留存		