

编号 () 号

劳动能力鉴定申请表

劳动能力鉴定人姓名:

被鉴定人联系电话:

劳动能力鉴定类别:

填表日期: 年 月 日

收表日期: 年 月 日

拉萨市人力资源和社会保障局 制

亲爱的朋友：

我们对您受到的工伤致以诚挚的慰问。为确保劳动能力鉴定工作顺利开展，请您按照以下要求一次性完整提供相关申请材料，如有疑问，请及时与工伤失业保险科联系。

申请劳动能力鉴定需提供的材料：

1. 《工伤认定决定书》复印件；
2. 有效的诊断证明，按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历材料；
3. 工伤职工的居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明原件和复印件；
4. 申请再次鉴定的，还需提交劳动能力初次(或者复查)鉴定结论的原件和复印件；
5. 劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。

注意事项：

1. 请用钢笔或签字笔填写，字迹工整；
2. 申请人只需填写“劳动能力鉴定申请表”页，请完整、准确填写各项信息；
3. 如有疑问请咨询：拉萨市人力资源和社会保障局工伤失业保险科。

联系电话：0891-6331456、6512018；

办公地址：拉萨市城关区夺底北路17号（拉萨市人力资源市场4楼）。

劳动能力鉴定申请表

工 伤 职 工 信 息 栏	工伤职工姓名：		一寸近期 免冠彩色 照片
	工伤认定决定书编号：		
	证件类型：	居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	
	身份证件号码：		
	联系电话（必填一项）： _____（手机） _____（固话）		
联系地址：			
			邮编 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
用 人 单 位 信 息 栏	用人单位名称：		
	用人单位联系人：	联系电话：	
	联系地址：		
			邮编 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
申 报 事 项 确 认 栏	申请鉴定类型选择（请在 <input type="checkbox"/> 内打√单项选择） <input type="checkbox"/> 1. 初次鉴定； <input type="checkbox"/> 2. 再次鉴定； <input type="checkbox"/> 3. 复查鉴定； <input type="checkbox"/> 4. 配置辅助器具确认，申请配置项目_____； <input type="checkbox"/> 5. 其他。		
	申请主体（请在 <input type="checkbox"/> 内打√单项选择） <input type="checkbox"/> 1. 用人单位； <input type="checkbox"/> 2. 工伤职工或者其近亲属； <input type="checkbox"/> 3. 社会保险经办机构。		
	申请人签名（手印）： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		申请单位盖章： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>

授权委托书

(单位)

拉萨市人力资源和社会保障局工伤失业保险科:

我单位职工_____，身份证号：_____，
于_____年___月___日___时左右，在_____因_____发生事故，现全权委托_____（身份证号：_____；联系电话：_____）前往贵局办理相关事宜。

委托事项：

1. 代表单位接受有关调查
2. 签收劳动能力鉴定相关文书

其他委托事项：

- 1.
- 2.
- 3.

备注：需提交受委托人身份证复印件。

单位法定代表人或负责人签名：

单位盖章：

受委托人签名（手印）：

年 月 日

授权委托书

(个人)

拉萨市人力资源和社会保障局工伤失业保险科:

本人_____，身份证号：_____，
联系电话：_____，于_____年____月____日____时
左右，在_____因_____发生事故，现全权
委托_____（身份证号：_____；
联系电话：_____）前往贵局办理相关事宜。

委托事项：

1. 代表个人接受有关调查
2. 签收劳动能力鉴定相关文书

其他委托事项：

- 1.
- 2.
- 3.

备注：需提交受委托人身份证复印件。

委托人签字（手印）：

受委托人签字（手印）：

年 月 日

参加现场鉴定人员需提供以下资料

一、眼睛

近期受伤眼睛裸眼视力、矫正视力(包括验光度数)、视野检查图、VEP 检查结果、眼底造影或眼底照相。

二、职业病

近 3 个月内相关部位功能报告、血气分析化验等检查报告。

三、耳朵

双耳近期主观听阈检查(电测听)、客观听阈检查(ABR 值)结果。

四、骨科

近一个月本次伤情恢复情况的各项检查报告单及工伤相关的新旧 CT、X 光片、核磁共振等检查材料。

五、其他

(一)神经系统疾病

1. 脑出血、脑梗死：头部 CT 或 MRI(核磁)检查的报告单。
2. 癫痫：脑电图，详细的病情发作记录，一年内服药记录，近期血药浓度检查化验。
3. 重症肌无力、运动神经元病：肌电图(即重频电刺激)。
4. 脑瘤(胶质瘤、脑膜瘤、垂体瘤术后、动脉瘤、脊膜瘤、颅咽管瘤等)：头部 CT 或 MRI 检查的报告单，已行手术治疗的，还需提供手术记录和病理报告。
5. 多发性硬化：MRI、脑脊液等相关指标。

(二)心血管疾病

1. 冠心病：冠脉造影或冠脉 CT 报告，近期超声心动和心电图，经手术治疗的还需提供手术记录。
2. 主动脉瘤(主动脉夹层)：主动脉 CT 或核磁或造影，经手术治疗的还需提供手术记录。
3. 心肌瘤、先天性心脏病、风湿性心脏病、肺源性心脏病、心律失常等疾病；近期超声心动和心电图，经手术治疗的还需提供手术记录。肺源性心脏病还需提供胸片，心律失常还需提供 Holter 结果。
4. 高血压病：近期的心电图、超声心动、肾功能化验、血压监测情况。

(三)呼吸系统疾病

1. 慢阻肺、支气管扩张、肺大泡和肺囊肿、哮喘等：近期的胸片、肺功能报告、血气分析化验，已行手术治疗的还需提供手术记录。
2. 肺结核：近期的痰菌试验、胸片、肺功能报告、血气分析化验
3. 肺切除：手术记录，术后胸片、肺功能报告、血气分析化验。
4. 肺栓塞：近期肺部 CT、凝血分析报告、溶栓治疗情况记录。

(四)肿瘤疾病

确诊的病理检查报告，已行手术治疗的还需提供手术记录。

(五)消化系统疾病

1. 肝硬化、慢性肝功能损害：近期的腹部 B 超或腹部 CT、血常规、肝功能化验。
 - (1) 若有食道静脉曲张，需提供胃镜报告或腹部 CT。
 - (2) 若有肝性脑病，提供详细的病情发作记录。
2. 溃疡性结肠炎：肠镜、近期血常规、ESR(血沉)。已行手术治疗的还需提供手术记录。
3. 消化器官切除术后：手术记录(有病理的需提供病理报告)术后血常规。

4. 胰腺癌：(未行手术的)近期的腹部 CT 或 R，糖类抗原化验(CA19-9)。
5. 肝癌(未行手术的)：近期的腹部 CT，甲胎蛋白化验、肝功能、血常规。

(六)肾脏疾病

1. 慢性肾功能衰竭、多囊肾：近期的肾功能、尿常规(尿毒症、肾透析的病人不用提供尿常规，肾透析的病人需要提供透析记录)、腹部 B 超。肾性贫血需要近期血常规。
2. 肾移植术后：手术记录，术后服药记录及相关检查化验。

(七)内分泌疾病

1. 糖尿病：近期的肾功能、尿常规、眼底造影或眼底照相，若有其他病变(心脑血管肾肺)需要提供相应临床诊断依据。
2. 脑垂体瘤(未行手术的)：头部 CT 或 MRI 报告单，激素水平化验。
3. 难治性甲亢：近期甲状腺功能化验、治疗病史。

(八)精神疾病

1. 器质性精神障碍：提供至少两年的系统治疗病史病历记录。
2. 非器质性精神类疾病：提供至少五年的系统治疗病史病历记录。必须是病人法定监护人签字。
3. 精神病专科医院开具的确诊诊断证明原件。

(九)眼科疾病

近期的双眼裸眼视力、矫正视力(包括验光度数)、视野检查图、VEP 检查结果、眼底造影或眼底照相。已行手术治疗的还需提供手术记录。

(十)骨科疾病

近期的影像学(X 光片、CT 片或 MRI)检查报告单。已行手术治疗的病人，需同时提供术前和术后的影像学报告单，建议出院 6 个月以后申报。

(十一)风湿免疫系统疾病

1. 类风湿性关节炎：近期的类风湿因子化验(RE)、血沉化验。骨关节有变形的病人，需提供疾患部位近期的 X 光片报告。
2. 强直性脊柱炎：近期的 X 光片报告、HLA-B27 化验、类风湿因子化验(RF)、血沉化验。
3. 银屑病(牛皮癣)性关节炎：近期的血常规、血沉化验、类风湿因子化验，骨关节有变形的病人，需提供疾患部位近期 X 光片报告。
4. 痛风：近期的血常规、肾功能、X 光片报告。
5. 艾滋病：医院明确诊断，HIV 抗体化验。

(十二)外科疾病

1. 肠梗阻、器官缺损：手术记录，相关检查化验报告。
2. 肢体静脉曲张、动脉狭窄(闭塞)：疾患部位血管超声报告及其它相关检查报告，已行手术治疗的需提供手术记录。

(十三)耳科疾病

双耳近期的主观听阈检查(电测听)、客观听阈检查(ABR 值)结果。

(十四)血液系统疾病

1. 贫血、血友病：近期的血常规化验单两张以上。
2. 白血病：近期的血常规化验单两张以上，骨髓项检查报告。
3. 慢性血小板减少症：近期的血常规化验单两张以上。

注：应提交的材料中涉及的“近期”一般是指近三个月内。

劳动能力鉴定（结论）表

伤情介绍：

鉴定依据：

专家组意见：_____。

1. 劳动功能障碍程度：经鉴定符合伤残_____级，停工留薪期_____月；
 2. 生活自理障碍程度：经鉴定符合_____护理依赖；
 - a) 进食
 - b) 翻身
 - c) 大、小便
 - d) 穿衣、洗漱
 - e) 自主行动
 3. 配置辅助器具确认：经鉴定，_____。
- 鉴定专家签名及意见：

	姓名	职称	工作单位
专家 组鉴 定人 签字			

劳动能力鉴定委员会结论：

经审定，符合：_____级伤残；_____护理依赖；

停工留薪期确认：_____；

配置辅助器具确认：_____。

审核人签名(印章)：

年 月 日

(注：本页由劳动能力鉴定委员会留存。)