

社会保险行政 部门意见	<p style="text-align: right;"> 经办人签字： (盖章) 年 月 日 </p>
经办机构 意见	<p style="text-align: right;"> 经办人签字： (盖章) 年 月 日 </p>
备注	

填表日期：

注：

- 1.此表由用人单位、工伤职工或近亲属申请康复治疗时填写，一式四份，社会保险行政部门、经办机构审核盖章后，由申请人、工伤康复机构、社会保险行政部门和经办机构分别留存。
- 2.工伤时间、伤残部位：按社会保险行政部门出具《认定工伤决定书》填写。
- 3.伤残等级：按劳动能力鉴定委员会出具的劳动能力鉴定结论填写。
- 4.费用支付方式：按单位支付；工伤保险基金支付；自费三种方式选择填写。

西藏自治区工伤康复治疗方案 (初期评定)

编号:

姓名		性别		出生年月	
身份证号				初步诊断结论	
所在单位				联系人及联系电话	
工伤 康复 机构 填报	主要 功能 障碍 情况	病史摘要: 主要功能问题:			
	康复 治疗 方案				
	康复 目标				
	费用 预算	主管医师签名: _____ 年 月 日 康复机构负责人签名: _____ 年 月 日 盖章 年 月 日			
经办机构意见	经办人签名: _____ 盖章 年 月 日				
备注					

注: 本表一式两份, 由工伤康复机构和经办机构各存一份。

西藏自治区工伤康复治疗方案 (中期评定)

编号:

姓名		性别		出生年月	
身份证号				初步诊断结论	
所在单位				联系人及联系电话	
工伤 康复 机构 填报	康复治疗经过				
	康复效果				
	下一步 康复 计划				
	下一步 康复 目标	主管医师签名: 年 月 日	康复机构负责人签名: 年 月 日	盖章 年 月 日	
经办机构意见	经办机构签名: 盖章 年 月 日				
注 备					

注：本表一式两份，由工伤康复机构和经办机构各存一份。

西藏自治区工伤职工康复效果评定结论书

编号：

姓名		性别		出生年月	
身份证号				初步诊断结论	
所在单位				联系人及联系电话	
入院时间				出院时间	
病史摘要及入院时的功能情况：					
康复治疗经过：					
康复治疗综合评估：					
主管医师签名： 年 月 日		康复机构负责人签名： 年 月 日		盖章 年 月 日	

注：本表一式四份，社会保险行政部门、经办机构、工伤康复机构和工伤康复职工各一份。