

附件 3

重庆市尘肺病临床诊断记录

编号：（诊断机构简称+编号）

姓名：_____ 性别：_____ 身份证号：_____

阅片记录：

X 线号：_____ CT 号：_____

形态	总体密集度	范围		附加说明

阅片诊断结果：_____

医师签名：_____

时间：_____