

附件 5

重庆市尘肺病临床诊断年度汇总表

填报单位(章): _____ 年度 _____

诊断机构名称	患者姓名	身份证号	出生年月	性别	尘肺病名称	登记日期	诊断日期	期别	用人单位名称	接尘工龄(年)	工种	患者联系方式

填报人:

联系电话:

填报日期: