

## 附件 4

# 重庆市尘肺病临床诊断证明书

编号：（诊断机构简称+编号）

姓名		性别		身份证号	
户籍					
住址					
临床诊断：					
健康指导： 1.避免接触粉尘环境； 2.专科治疗； 3.一年后复查。					
诊断医师签名：			诊断机构（盖章） 年 月 日		

备注：此临床诊断证明书一式两份，申请尘肺病临床诊断的患者 1 份，尘肺病临床诊断医疗机构 1 份。