

死亡証明書

1.	氏名	2.	性別	3.	生年月日	年	月	日
4.	死亡したとき	年	月	日	午前	午後	時	分
5.	死亡した場所の種別	1. 病院 2. 診療所 3. 介護老人保健施設 4. 助産所 5. 老人ホーム 6. 自宅 7. その他						
	死亡したところ及びその種別	(住所)						
	種別 1～5 の施設の名称							
6.	I 死亡の原因	(ア) 直接死因						
		(イ) (ア)の原因						
		(ウ) (イ)の原因						
		(エ) (ウ)の原因						
	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等						
	解剖	1. 無	2. 有	【 主要所見 】				
7.	死亡の種類	1. 病死及び自然死 外因死 { 不慮の外因死 { 2. 交通事故 3. 転倒・転落 4. 溺水 5. 煙、火災及び火陥による傷害 } { 6. 窒息 7. 中毒 8. その他 } { 9. 自殺 10. 他殺 } 11. その他及び不詳の外因 12. 不詳の死						
8.	傷害が発生したとき	年	月	日	午前	午後	時	分
	傷害が発生したところの種別	1. 住居 2. 工場及び建設現場 3. 道路 4. その他 { }						
	傷害が発生したところ	都道府県		市郡			区町村	
	手段及び状況							
9.	死因に直接関係のある既往症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	病院名	治療時期 年 月 日			
10.	発症(受傷)から初診までの経過	発病年月日	年	月	日	前医の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名	初診日
	初診注)	<input type="checkbox"/> 一般外来 <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> 前医紹介			初診日	年	月	日
11.	死亡診断(死体検案)年月日	年	月	日				
12.	その他 (特記事項)							
上記の通り証明します。		本書作成日			年	月	日	印
病院または診療所の		所在地		名称		医師氏名		

注) 初診日は今回の傷病での貴院における最初の受診日をご記入ください。

- 訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印願います。
- 原本の複写またはコピーの場合は必ずそれぞれに捺印ください。