

死亡証明書

受付番号																			
同時受付番号																			

1. 氏名	男・女	2. 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日		
3. 住所								
4. 職業								
5. 発病年月日	年	月	日	6. 初診	年	月	日	
7. 入院	年	月	日	8. 退院	年	月	日	
9. 死亡したとき	年	月	日	午前	時	分	午後	
10. 死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1 病院 2 診療所 3 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							
	種別 1～5の施設の名称							
11. 死亡の原因	I	(ア) 直接死因						
		(イ) (ア)の原因						
		(ウ) (イ)の原因	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間					
		(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						
	手術	1 無 2 有	{ 部位及び主要所見 }	手術年月日	年	月	日	
解剖	1 無 2 有	{ 主要所見 }						
12. 死因の種類	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、火災及び火焰による傷害 } 6 窒息 7 中毒 8 その他 } その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因死 } 12 不詳の死							
13. 外因死の追加事項	傷害が発生したとき	年	月	日	午前	時	分	1 従業中 2 従業中ではないとき 3 不明
	傷害が発生したところの種別	1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他 { }						
	傷害が発生したところ	都道	市	区	府県	郡	町村	
	手段及び状況							

14. 死亡に直接関係のある既往症(年月日、傷病名、症状経過、医療期間)			
15. 今回の発病(受傷)から初診までの経過			
16. 初診時の主訴・所見及びその後の経過			
治療内容			
手術名		手術日 年 月 日	
17. 前医または紹介医	有 無	医師名	医療機関名 所在地
18. 病名を告げた時期	(死因病名やその他の病名を患者又は家族にいつどのように告げられましたか。) 本人には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。 家族には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。		
19. その他	(本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項)		
20. 死亡診断(死亡検案)年月日	年	月	日
上記のとおり証明します。		本証明書発行年月日 年 月 日	
病院又は診療所等の		所在地	
		電話番号	
		名称	
		医師氏名	印

お願い 訂正の場合必ず証明印による訂正印を捺印願います。