

死亡證明書（死體檢案書）

氏 名	男・女		生 年 月 日		年 月 日	
住 所						
職 業						
発病（発症）又は 受 傷 の 年 月 日	年 月 日		初診年月日		年 月 日	
入 院 年 月 日	年 月 日		退院年月日		年 月 日	
死 亡 時 期	年 月 日		午前・午後		時 分	
死 亡 場 所 及 び 種 別	死亡場所の種別		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 場 所					
	上記 1 から 5 ま での施設の名称					
死 亡 の 原 因		(ア) 直接死因			発病（発症） 又は受傷か ら死亡まで の期間	
		(イ) (ア)の原因				
		(ウ) (イ)の原因				
		(エ) (ウ)の原因				
		直接には死因に関係しな いが 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）	
死 因 の 種 類	1 病死又は自然死 外因死 不慮の外因死（ 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 ^{でき} 5 煙、火災又は 火焰による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他） その他又は不詳の外因死（ 9 自殺 10 他殺 11 その他又は不詳の外因） 12 不詳の死					
外 因 死 の 追 加 事 項	傷 害 発 生 時 期		年 月 日 午前・午後 時 分			
	傷害発生場所の種別		1 住居 2 工場又は建築現場 3 道路 4 その他（ ）			
	傷 害 発 生 場 所					
	その原因及び状況					
死亡に直接関係のある既往症（年月日、傷病名、症状経過、医療機関）						
今回の発病（発症）又は受傷から初診までの経過						
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						
前 治 療 医 又 は 紹 介 医	有 無	医師名	医療機関名		所在地	
病名を告げた時期	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。					
その他（本人の特徴、体格、酒量、習癖、その他の事項）						
死亡診断（死体検案）年月日			年 月 日			
上記のとおり証明する。 年 月 日 病院又は診療所等の所 在 地 名 称 医師氏名						