

# 死亡診断書（死体検案書）

（注）この書類は医師に記入していただくものです。

氏名		男女	生年月日	生	（満 歳）
住所				職業	
死亡日時	年 月 日		午前・午後	時	分
死亡場所	1. 病院 2. 診療所 3. 介護老人保健施設 4. 老人ホーム 5. 自宅 6. その他（ ）				
死亡の原因 <small>※直接の死因を（ア）欄に、医学的に因果関係のあったと考えられる死因を順番に（イ）欄以降に書いてください</small>	I	（ア）直接死因		医師推定 発病日 又は 受傷日  ※各死因の発 病日を記入 してください	年 月 日・不詳
		（イ）（ア）の原因			年 月 日・不詳
		（ウ）（イ）の原因			年 月 日・不詳
		（エ）（ウ）の原因			年 月 日・不詳
	II	直接には死因に関係しないが、I欄の症状経過に影響を及ぼした傷病名等			年 月 日・不詳
手術	無・有	部位及び主要所見	手術年月日	年 月 日	
解剖	無・有	主要所見			
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 } 12. 不詳の死				
外 因 死 の 追 加 事 項  <small>伝聞又は推定情報の場合でも記載してください</small>	傷害発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分			
	傷害発生場所				
	手段及び状況				
今回の傷病に関する前医・紹介医（有・無）	病（医）院名	医師名	既往症	傷病名	病（医）院名
	（治療期間 年 月～ 年 月）		（有・無）	（治療期間 年 月～ 年 月）	治療・不詳
上記傷病に関わる入院期間	年 月 日～			年 月 日	
	年 月 日～			年 月 日	
	年 月 日～			年 月 日	
発病から初診までの症状経過	初診時の所見・治療経過（初診日 年 月 日）				
患者申告の症状発現時期（ 年 月 日頃・不詳）					
本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖その他特に付言すべきことがら					
上記の通り診断（検案）する。	診断（検案）年月日		年	月	日
所在地	本診断書（検案書）発行年月日		年	月	日
病（医）院名	担当科（ ）				
電話（ ）	医師名 <span style="float:right">印</span>				