

死 亡 証 明 書

1. 氏 名	カルテ番号 ()	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	2. 生年月日	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年 月 日
3. 発病年月日	年 月 日	4. 初 診	年 月 日		
5. 入 院	年 月 日	6. 退 院	年 月 日		
7. 死 亡 した とき	年 月 日	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時 分		
8. 死 亡 した ところ 及び その 種 別	死 亡 した ところ の 種 別	<input type="radio"/> 1 病院 <input type="radio"/> 2 診療所 <input type="radio"/> 3 介護老人保健施設 <input type="radio"/> 4 助産所 <input type="radio"/> 5 老人ホーム <input type="radio"/> 6 自宅 <input type="radio"/> 7 その他			
	死 亡 した ところ				
	種 別 1～5 の 施設 の 名称				
9. 死亡の原因	I	(ア) 直接死因	分類コード(ICD-10) _____	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間	
		(イ) (ア)の原因	分類コード(ICD-10) _____		
		(ウ) (イ)の原因	分類コード(ICD-10) _____		
		(エ) (ウ)の原因	分類コード(ICD-10) _____		
	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	<input type="radio"/> 1 無 <input type="radio"/> 2 有	{ 部位及び主要所見 }	手術年月日	年 月 日
解剖	<input type="radio"/> 1 無 <input type="radio"/> 2 有	{ 主要所見 }			
10. 死因の種類	<input type="radio"/> 1 病死および自然死 不慮の外因死 { <input type="radio"/> 2 交通事故 <input type="radio"/> 3 転倒・転落 <input type="radio"/> 4 溺水 } 外因死 { <input type="radio"/> 5 煙、火災及び火焰による傷害 <input type="radio"/> 6 窒息 <input type="radio"/> 7 中毒 <input type="radio"/> 8 その他 } その他及び不詳の外因死 { <input type="radio"/> 9 自殺 <input type="radio"/> 10 他殺 <input type="radio"/> 11 その他及び不詳の外因 } <input type="radio"/> 12 不詳の死				
11. 外因死の追加事項	傷 害 が 発 生 した とき	年 月 日	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時 分	<input type="radio"/> 1 従業中 <input type="radio"/> 2 従業中以外 <input type="radio"/> 3 不明
	傷 害 が 発 生 した ところ の 種 別	<input type="radio"/> 1 住居 <input type="radio"/> 2 工場及び建築現場 <input type="radio"/> 3 道路 <input type="radio"/> 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				

12. 悪性新生物 の場合	今回以前に別の悪性新生物の既往症がありますか。 ⇒ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		※はいの場合、以下に病名と診断時期を記入		病名	時期	年	月	頃			
	悪性新生物の区分 <input type="radio"/> 原発 <input type="radio"/> 再発 <input type="radio"/> 転移		病理組織診断名		診断確定日		年	月	日			
	診断確定方法 <input type="radio"/> 組織診 <input type="radio"/> 細胞診 <input type="radio"/> CT・MRI <input type="radio"/> 血管造影 <input type="radio"/> その他 ()		※その他の場合、詳細を記入									
	※複数選択可											
13. 急性心筋梗塞 または 脳卒中の場合	急性心筋梗塞初診日			年	月	日	脳卒中初診日			年	月	日
14. 既往症 時期	<input type="radio"/> 無	傷病名	罹病期間または時期	医療機関名		医師名						
	<input type="radio"/> 有	入院 (<input type="radio"/> 1無 <input type="radio"/> 2有)		手術 (<input type="radio"/> 1無 <input type="radio"/> 2有)								
15. 前医 又は 紹介医	<input type="radio"/> 無	傷病名	罹病期間または時期	医療機関名		医師名						
	<input type="radio"/> 有	入院 (<input type="radio"/> 1無 <input type="radio"/> 2有)		手術 (<input type="radio"/> 1無 <input type="radio"/> 2有)								
16. 今回の発病(受傷)から初診までの経過												
17. 初診時の主訴・所見及びその後の経過、治療内容												
手術名 K・J (—) 手術日 年 月 日												
<input type="radio"/> 1 開頭術 <input type="radio"/> 2 穿頭術 <input type="radio"/> 3 開胸術・開心術・胸腔鏡下手術 <input type="radio"/> 4 開腹術・腹腔鏡下手術 <input type="radio"/> 5 ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 <input type="radio"/> 6 その他 ()												
放射線照射 照射部位 開始 年 月 日 総線量												
() 終了 年 月 日 () Gy												
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(死体検案)年月日			年		月		日					
上記のとおり証明する。			本証明書発行年月日		年		月		日			
病院又は診療所等の			所在地		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押印願います。

原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに押印願います。