

死亡証明書



受付番号																				
同時受付番号																				

1. 氏名	(カルテ番号)	男・女	2. 生年月日	大正 昭和 平成 令和	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	第1回目	年 月 日	8. 退院	第1回目	年 月 日
	第2回目	年 月 日		第2回目	年 月 日
9. 死亡したとき	年 月 日	午前 午後	時	分	
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			
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 } }				
13. 外因死の追加事項	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 工場及び建築現場 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				

14. 死亡に直接関係のある既往症(年月日、傷病名、症状経過、医療機関)	
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	
*○印をつけてください。 (1)開頭術・穿頭術 (2)開胸術 (3)開腹術 (4)ファイバースコープまたはカテーテル (5)その他()	
放射線照射	照射部位 開始 年 月 日 終了 年 月 日 総線量 [] Gy
17. 傷病名が悪性新生物の場合 診断確定日 年 月 日	
最終病理組織診断名	
18. 前医または紹介医	有 無
	医師名 医療機関名 その所在地 初診日 年 月 日
19. 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。	
20. その他 (本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項)	
21. 死亡診断(死体検案)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	
所在地 電話番号 病院又は診療所等の名称 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。