

死亡診断書 (死体検案書)

1. 氏名		男 女	2. 生年月日					
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. 死亡年月日時分	年	月	日	午前 午後	時	分		
10. 死亡場所	番地							
	1. 病院 2. 診療所 3. 助産所 (1.2.3の 名 称) 4. 自宅 5. その他							
11. 死亡の種類	1. 病死および自然死 外因死 (2. 不慮の中毒死 4. 自殺 6. その他 および不詳) 7. その他および不詳 3. その他の災害死 5. 他殺							
12. 死亡の原因	I	イ. 直接死因		発病から 死亡までの 期間				
		ロ. (イ)の原因						
		ハ. (ロ)の原因						
	II	その他の 身体状況						
		手術の主要所見	(手術の年月日) 年 月 日					
	解剖の主要所見							
13. 外因死の 追加事項	傷害発生年月日	年	月	日	午前 午後	時	分	
	手段および状況 (詳細に)							
	傷害発生の場所				市区 町村	1. 従業中 2. 従業中でないとき		
	場所を具体的に							

様式第十一号

14. 死亡に直接関係ある既往症

15. 今回の発病（受傷）から初診までの経過

16. 初診時の主訴・所見およびその後の経過

治療内容

手術名

手術日

年

月

日

17. 前診療医
立会医
紹介医

有
無

医師名

医療機関名

その所在地

18. 病名を告
げた時期

(死因病名やその他の病名を患者また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)

上記のとおり診断（検案）します。

年 月 日

病院名

住所

医師氏名

全商連共済会 御中

電話 () —

印