

死亡證明書

病歷號碼: 5
死亡證字:

證明書開具單位填寫						
(一)姓名	張瓊	(二)性別	男	(三)	本國籍	國民身分證統一編號
					外國籍	護照號碼
						居留證統一證號
(四)戶籍地址	台南市白河區					
(五)出生時間	民國 51 年 <small>(出生後未滿24小時死亡者需填寫時分)</small>					
(六)死亡時間	民國 113 年 07 月 21 日 12 時 13 分					
(七)死亡地點及場所	台南市柳營區太康里201號					
	<input checked="" type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 <input type="checkbox"/> 住居所 <input type="checkbox"/> 其他					
(八)死亡方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) <input type="checkbox"/> 意外死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳					
(九)死亡者行職業	在何處工作從事何種行業			擔任何種工作及職務		
	空白			空白		
(十)懷孕情形 <small>(如死者為女性)</small>	<input type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕		<input type="checkbox"/> 懷孕中死亡		<input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之42天內死亡	
	<input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後43天至1年內死亡		<input type="checkbox"/> 不清楚過去一年是否懷孕			
(十一)死亡原因：儘量不要填寫症狀或死亡當時之身體狀況：如心臟衰竭、身體衰弱						
1. 直接引起死亡之疾病或傷害：						
甲、敗血性休克併多重器官衰竭						
先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)						
乙、(甲之原因) 嚴重特殊傳染性肺炎						
丙、(乙之原因)						
丁、(丙之原因)						
2. 其他對於死亡有影響之疾病或身體狀況(但與引起死亡之疾病或傷害無直接關係者)						
陳舊性腦中風, 高血壓						
以上事實確無訛特此證明						
醫師姓名：張瓊					<input type="checkbox"/> 依戶籍法第14條及死亡資料通報辦法第4條規定網路傳輸	
證書字號：醫字第0360						
醫院(診所)名稱：奇美醫療財團法人柳營奇美醫院						
開業執照字號：南市衛院字第1141090512號						
醫療院所代碼：1141090512						
院所住址：台南市柳營區太康里201號						
中 華 民 國 壹 佰 壹 拾 參 年 柒 月 貳 拾 壹 日						

註：死因將來如發現錯誤，惟錯誤係在當時難以避免情況下發生時，診斷者不負法律上之責任。
 注意事項：一、請於死亡事件發生30日內，攜此證明向任一戶政事務所辦理死亡登記，以免逾期受罰。
 二、為避免承受不必要的繼承債務，宜注意在法律規定時間內向法院聲請辦理拋棄繼承。

