

様式第 15 号(第 10 条関係)
(表)

死 亡 診 断 書 (死体検案書)

氏 名					男 ・ 女	
生 年 月 日	年 月 日			職業		
住 所						
死 亡 の 種 類	病 死	病名 合併症				
	自 殺	手段				
	自殺以外の 変死・中毒	種類(不慮の中毒死・災害死・他殺)				
発 病 年 月 日	本 病	医師推定	年 月 日	合併症		
		患者陳述	年 月 日	年 月 日		
初 診 年 月 日	年 月 日					
入 退 院 年 月 日	年 月 日 入院	年 月 日 退院				
	年 月 日 入院	年 月 日 退院				
死 亡 年 月 日	年 月 日	午前	時 分			
死 亡 年 月 日	年 月 日	午後	時 分			
発 病 場 所						
死 亡 場 所						
死 亡 の 原 因	イ . 直 接 死 因		(イ)の継続期間			
	ロ . (イ)の原因		(ロ)の継続期間			
	ハ . (ロ)の原因		(ハ)の継続期間			
	合併症その他 身体状況		()の継続期間			
	手術の主要所見		手術年月日	年月日		
	解剖の主要所見					
外 因 死 の 追 加 事 項	障 害 発 生 の 年 月 日	年 月 日	午前	時 分	午後	
	障 害 発 生 の 場 所	県	市	町	番地	
		住居・農耕地・職業(工場・事務所・鉱山・その他) 公共の場所(水上・その他)				
その原因及び 状況						

(裏面にも詳細にご記入願います)

(裏)

平素の健否 及び既往症 年月日 病名 症状		
発病から 初診迄の 病状経過	(自殺及び自殺以外の変死の場合にはその原因並に状況等詳細及び屍体所見)	
初診時の 症状		
初診から 死亡迄の 経過		
本人の特徴 其他事項	(特徴・身長・体格・酒量・習癖・その他の事項)	
前治療医	氏名	住所
立会医	氏名	住所
上記の通り診断(証明)する なお上記は役所に提出した死亡届添付の死亡診断 書記載の事実と相違ないことを証明する。 年 月 日 病院または 所在地 診療所の 名称 医師 印		