

## 高雄市阿蓮區衛生所行政相驗申請書

申請日期： 年 月 日

死者姓名		出生年月日	民國 年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號碼	
戶籍地址	縣 鄉鎮 村 街 段 巷 號之 市 市區 里 路 弄		
死亡日期	<input type="checkbox"/> 上午 年 月 日 時 分 (請確認正確死亡時間) <input type="checkbox"/> 下午		
死亡地點及場所	<input type="checkbox"/> 同戶籍地，不同請填寫地點 縣 鄉鎮 村 街 段 巷 號之 市 市區 里 路 弄 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 助產所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 其他		
死亡方式	<input type="checkbox"/> 病死或自然死亡 <input type="checkbox"/> 意外死 <input type="checkbox"/> 自殺死 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳		
死亡者行職業	1 在何處工作從事何種行業	2 擔任何種工作及職務	
死亡者婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 配偶死亡 <input type="checkbox"/> 不詳		
檢附資料	<input type="checkbox"/> 診斷書 <input type="checkbox"/> 病歷影本 <input type="checkbox"/> 病歷摘要 <input type="checkbox"/> 其他		
申請事項及申請人	依法令規定車禍受傷、他殺、自殺、或其他意外死亡或可疑為非死者應報請『司法相驗』，死者並無上述情形，特向貴所申請辦理『行政相驗』開立死亡證明書，如有不實，本人願法律追訴。		
	申請者姓名		申請者身分證
	與死者關係		連絡電話
處理情形	相驗時間：中華民國 年 月 日 上午 時 分 1. <input type="checkbox"/> 經審查判別，為『疾病死亡者』，摺給死亡證明書。 2. <input type="checkbox"/> 經審查判別，為『可疑為非病死者』，依據醫師法第16條、醫療法第76條、刑事訴訟法第218條等之規定報請司法相驗。說明： 3. <input type="checkbox"/> 收到紅包1件並當場予以退回。 相驗醫師簽章：		
受委託取件人	簽名/關係： 日期/時分：		

## 二、請就下列項目做說明

1. 非自然死/新近致命之外傷/憂鬱、自殘之就醫紀錄

無有，日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，事故原因為\_\_\_\_\_

2. 工安意外、職業傷害相關受傷記錄

無有，日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，事故種類為\_\_\_\_\_

3. 突然、非預期或無法解釋之死亡

無有

4. 醫療糾紛或其他糾紛之爭議

無有，爭論點為\_\_\_\_\_

5. 意外保險(人壽險附加意外險)且直系近親身處國外，可能有意見

無有，金額約為\_\_\_\_\_萬元，親屬關係為死者之\_\_\_\_\_

6. 在療養院或監管場所內死亡

無有，場所名稱為\_\_\_\_\_

7. 傳染病相關死亡

無有，疑為\_\_\_\_\_，並通知衛生防疫單位。

8. 有無就診病歷紀錄

無有，醫療所名稱：\_\_\_\_\_

醫師名稱：\_\_\_\_\_

9. 有無進行司法相驗之必要性

無有，請撰寫「轉介司法相驗法醫參考病歷資料」