

死亡證明書

病歷號碼:0315397

死亡證字:

證明書開具單位填寫

(一) 姓名	羅秀碧	(二) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	(三)	本國籍 <input checked="" type="checkbox"/> 1.國民身分證統一編號 L223764447	
				外國籍 <input type="checkbox"/> 2.護照號碼	
				<input type="checkbox"/> 3.居留證統一證號	
(四) 戶籍地址	台中市大里區塗城里6鄰美群路151巷4號				
(五) 出生時間	民國參拾壹年伍月參拾壹日 (出生後未滿24小時死亡者須填寫時分)				
(六) 死亡時間	民國壹佰壹拾伍年肆月拾日拾時貳拾分				
(七) 死亡地點及場所	台中市北屯區東山路一段37號 1. <input checked="" type="checkbox"/> 醫院 2. <input type="checkbox"/> 診所 3. <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 4. <input type="checkbox"/> 住居所 5. <input type="checkbox"/> 其他				
(八) 死亡方式	1. <input checked="" type="checkbox"/> 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) 2. <input type="checkbox"/> 意外死 3. <input type="checkbox"/> 自殺 4. <input type="checkbox"/> 他殺 5. <input type="checkbox"/> 不詳				
(九) 死亡者行職業	1. 在何處工作從事何種行業		2. 擔任何種工作及職位		
	無		無		
(十) 懷孕情形 <small>(如死者為女性)</small>	1. <input checked="" type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕 2. <input type="checkbox"/> 懷孕中死亡 3. <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之42天內死亡 4. <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後43天至1年內死亡 5. <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的身體狀況：如心臟衰弱、身體衰弱) 1. 直接引起死亡之疾病或傷害： 甲、 <u>肺炎併急性呼吸衰竭</u> 先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害) 乙、 <u>(甲之原因)</u> 丙、 <u>(乙之原因)</u> 丁、 <u>(丙之原因)</u> 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) <u>尿毒症併規則洗腎</u>					發 病 至 死 亡 概 略 時 間
以上事實確屬無訛特此證明 醫師姓名：林平 證書字號：026683 醫院(診所)名稱：聯安醫院 開業執照字號：中市衛醫院字第83號 醫療院所代號：1517080019 院所地址：台中市北屯區東山路一段37號 中華民國 壹佰壹拾伍 年 肆 月 拾肆 日					<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



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、請於死亡事件發生或確定後30日內，以免逾期受罰。攜此證明除死者於國外死亡者外，得向死亡者戶籍地之直轄市、縣(市)政府所轄任一戶政事務所辦理死亡登記。
 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限定或拋棄繼承。