

사망진단서(시체검안서)

※ []에는 해당되는 곳에 "✓"표시를 합니다.

| 등록번호 | | 연번호 | | 원본 대조필인 | |
|--|-----------------------------|--|----------|---------------------|-------------------------------------|
| ① 성명 | 최다은 | | | ② 성별 | []남[]여 |
| ③ 전화번호 | 010-1234-0044 | | ④ 실제생년월일 | 년 월 일 | ⑤ 직업 |
| ⑥ 주소 | | | | | |
| ⑦ 발병일시 | 년 월 일 시 분 (24시간제에 따름) | | | | |
| ⑧ 사망일시 | 년 월 일 시 분 (24시간제에 따름) | | | | |
| ⑨ 사망장소 | 주소 | | | | |
| | 장소 | [] 주택 [] 의료기관 [] 사회복지시설(양로원, 보육원 등) [] 공공시설(학교, 운동장 등) [] 도로 [] 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) [] 산업장 [] 농장(논밭, 축사, 양식장 등) [] 병원 이송 중 사망 [] 기타() | | | |
| ⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라)에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명 확한 것만을 적습니다. | (가) | 직접 사인 | 폐렴 | 발병부터 사망까지의 기간 | |
| | (나) | (가)의 원인 | | | |
| | (다) | (나)의 원인 | | | |
| | (라) | (다)의 원인 | | | |
| | (가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황 | | | | |
| | 수술의사의 주요소견 | | | 수술 연월일 | 년 월 일 |
| 해부의사의 주요소견 | | | | | |
| ⑪ 사망의 종류 | [] 병사 [] 외인사 [] 기타 및 불상 | | | | |
| ⑫ 외인사 사 사 상 항 | 사고 종류 | [] 운수(교통) [] 중독 [] 추락 [] 익사 [] 화재 [] 기타() | | 의도성 여부 | [] 비의도적 사고 [] 자살 [] 타살 [] 미상 |
| | 사고발생 일시 | 년 월 일 시 분 (24시간제에 따름) | | | |
| | 사고발 생 장소 | 주소 | | | |
| | 장소 | [] 주택 [] 의료기관 [] 사회복지시설(양로원, 보육원 등) [] 공공시설(학교, 운동장 등) [] 도로 [] 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) [] 산업장 [] 농장(논밭, 축사, 양식장 등) [] 기타() | | | |

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제10조에 따라 위와 같이 진단(검안)합니다.

년 월 일

의료기관 명칭 :
주소 :

의사, 치과의사, 한의사 면허번호 제 호

성명: (서명 또는 인)

유의사항

사망신고는 1개월 이내에 관할 구청·시청 또는 읍·면·동사무소에 신고하여야 하며, 지연 신고 및 미신고 시 과태료가 부과됩니다.