

## 사망진단서(시체검안서)

※ [ ]에는 해당되는 곳에 "✓"표시를 합니다.

등록번호		연번호		원본 대조필인	
① 성명	조현민			② 성별	[ ]남[ ]여
③ 전화번호	010-1234-0020		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	뇌출혈	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.