

사망진단서(시체검안서)

※ []에는 해당되는 곳에 "✓"표시를 합니다.

등록번호		연번호		원본 대조필인	
① 성명	한소희			② 성별	[]남[]여
③ 전화번호	010-1234-0017		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	심근경색	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 사항	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.