

死者	姓名		性別	男女	身分證號碼	
	出生日期	年 月 日	死亡日期	年 月 日	上午 時 分	下午 時 分
	戶籍地址	鄉（鎮市） 村里 鄰 路 巷 段 號 樓				
	相驗地點	<input type="checkbox"/> 同戶籍地	其它			
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 配偶死亡			附件	<input type="checkbox"/> 原診治醫院病理摘要 <input type="checkbox"/> 原診治醫院病診斷書

依據醫療法第 76 條及醫療法施行細則第 53 條規定「凡非病死，如車禍受傷、他殺、自殺、其他意外死亡或可疑為非病死者」應報請司法相驗，死者並無上述情形，請本所辦理「行政相驗」開立死亡證明書，如有故意隱瞞實情，涉及法律責任者，由申請人自負其責。

備註：

一、有無意外險、人壽險…等保險：無 有_____保險。

二、死亡之原因係由於自然死亡（老化）病死者可向本所提出申請由本所醫師到府行政相驗並開具死亡證明書。其他如自殺、意外死亡或不明原因之暴斃，則須先向所屬派出所報案，再請檢察官會同法醫相驗。

三、本所醫師至喪宅行政相驗，若對死因存疑時，得不予開立死亡證明書；另請喪家報請司法相驗。

四、死者生前如曾送醫就診，請攜帶相關疾病診斷書以為申請行政相驗之附件。

五、行政相驗無誤後發給死亡證明書，請申請人至衛生所繳納相關規費後領取。

六、申請人到衛生所申請行政相驗時，請攜帶申請人身分證印章、死者身分證正本、健保卡及疾病診斷書（參考用）等相關資料，以便辦理。

申請人（具結人）： _____ 身分證字號： _____ 與死者關係： _____

住址： _____ 電話： _____

申請日期：中 華 民 國 年 月 日

屏東縣_____衛生所行政相驗紀錄表

個案基本資料

姓名		性別		年齡	
住址					
死亡時間	年	月	日	上 下	午 時 分
相驗時間	年	月	日	上 下	午 時 分
相驗內容					
相驗情形 概述					
家屬簽名					
紀錄者簽名					

屏東縣_____衛生所 行政相驗紀錄表

一、基本資料											
死者姓名：				出生日期： <input type="checkbox"/> 民國 <input type="checkbox"/> 西元 年 月 日							
				性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
<input type="checkbox"/> 身份證號											國籍： <input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人
<input type="checkbox"/> 護照號碼											
<input type="checkbox"/> 其他											
戶籍住址：											
死亡地點：											
死亡時間：民國 年 月 日 時 分（推算）											
發現死者死亡過程簡述：											
檢附文件：											
提供者姓名：								關係：			
二、病史											
<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 癌症（ ） <input type="checkbox"/> 身心症 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 其它：（ ）											
最近住院史：						就診史：					
訊息來源： <input type="checkbox"/> 健保卡 <input type="checkbox"/> 診斷書 <input type="checkbox"/> 其它（ ）											
檢附文件：											
三、勘驗											
勘驗地點：											
陪同勘驗者：								關係：			
檢附文件：											
屍體特徵：											
1. 身長： cm, 胸寬： cm, 胸厚： cm											
2. 屍斑：背部、前部、頭頸部、下肢，其它（ ）											
3. 頭頸部：有/無外傷，有/無開刀痕（如附圖）											
瞳孔（右/左）： / mm，或角膜混濁、冰僵、過度腫脹											
口鼻出血：有/無，頸部勒痕：有/無											

4. 胸腹部：有/無外傷，有/無開刀痕（如附圖）

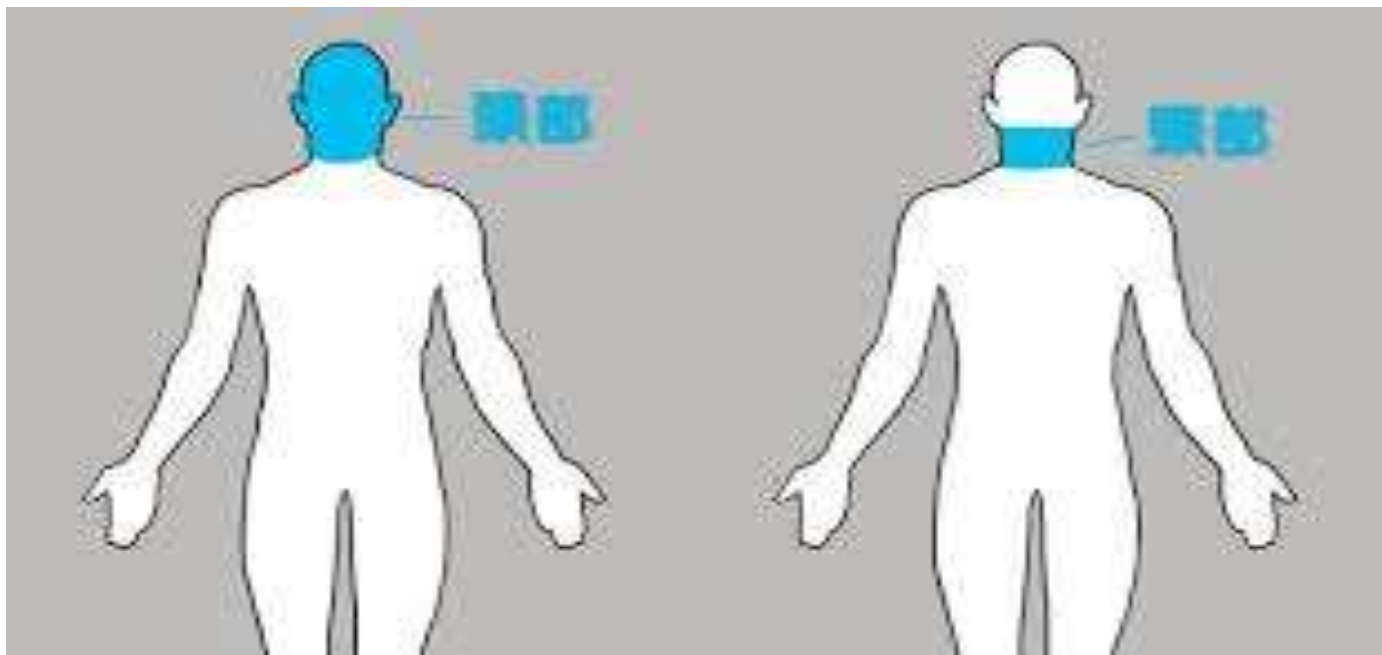
腹水：有/無，黃疸：有/無

5. 陰部：有/無 特殊分泌物或外傷

6. 四肢：有/無外傷，有/無開刀痕（如附圖）

7. 截肢：有/無， 針孔痕：有/無

8. 皮膚：其它異物（ ）/無



9. 其他非病死、自然死亡疑點：有/無

10. 死因臆斷：A. 1:

2:

3:

B. 其它非主要死因，但與死亡有關因素：

11. 其他敘述:

因病死亡無異議，陪同勘驗者簽名_____

相驗醫師： 衛生所 醫師

相驗時間：民國 年 月 日 時 分

◎本紀錄表併同死亡診斷證明書保存。

行政相驗轉介司法相驗案件檢核表

一、基本資料

死者姓名：_____ 出生年月日：民國_____年_____月_____日

國民身分證統一號碼：_____

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」

醫師簽名處：_____

日期：民國_____年_____月_____日

轉介司法相驗

法醫參考病歷資料

醫院/診所

病歷號碼：

死者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 身分證統一編號 <input type="checkbox"/> 居留證統一編號 <input type="checkbox"/> 護照號碼
出生地 (國籍)		職業		
戶籍地 或在台駐所	縣/市	鄉鎮市	村里	鄰路
	段	巷	號	樓
出生日期	民國	年	月	日
就醫時間	民國	年	月	日 時 分(到達醫院時間)
死亡時間	民國	年	月	日 時 分(<input type="checkbox"/> 宣布 <input type="checkbox"/> 到院前死亡)
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 配偶已死亡 <input type="checkbox"/> 不詳			
親友資料	姓名： 關係：為死者的 電話： 行動電話： 住址：			
死前曾否經過診療： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 到院已前死亡				
檢查重點：				
診斷或未經診斷(死亡原因)：				
1.				
2.				
3.				
附註：				
一、未經診治死亡(如送醫途中死亡)或非疾病而死亡(如意外傷害致死)者，請醫師在患者離開醫院前填寫本表交給死者親友轉交處理警員隨案陳報，提供檢察署法醫驗屍時參考。				
二、如患者資料未明者，請在該欄內註明『不詳』兩字				