

死亡證明書

病歷號碼： 00049386

死亡證字 114150

					衛生單位註碼
(一) 姓名	張湯杉	(二) 性別	男	(三) 國民身份統一號碼	Q120988090
(四) 戶籍所在地	嘉義縣竹崎鄉灣橋村25鄰五間厝239號				縣市 鄉鎮 01061
(五) 出生年月	民國 肆拾伍 年 捌 月 貳拾柒 日 <small>(出生後未滿24小時死亡者需填寫時間)</small>				年 月 日 0045/08/27
(六) 死亡年月日	民國 壹佰壹拾肆 年 拾貳 月 拾陸 日 壹拾捌 時 壹拾 分				年 月 日 0114/12/16
(七) 死亡地點及場所	嘉義市西區延平街490號				
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 醫院 <input type="checkbox"/> 2. 診 <input type="checkbox"/> 3. 長期照護或安養機構 <input type="checkbox"/> 4. 自宅 <input type="checkbox"/> 5. 其他				1
(八) 死亡方式	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病死或自然死 <input type="checkbox"/> 2. 事故傷害 <input type="checkbox"/> 3. 自殺 <input type="checkbox"/> 4. 他殺 <input type="checkbox"/> 5. 無法確認				1
(九) 死亡者行職業	1. 在何處工作從事何種行業		2. 擔任何種工作及職務		職業碼
(十) 懷孕情形 (如死者為女性)	<input type="checkbox"/> 1. 於過去一年未懷孕 <input type="checkbox"/> 2. 懷孕中死亡?				
	<input type="checkbox"/> 3. 懷孕終止或結束之42天內死亡 <input type="checkbox"/> 4. 懷孕終止或結束之43天至1年內死亡 <input type="checkbox"/> 5. 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. 直接引起死亡病或傷害: 甲. 呼吸衰竭(以下空白) 先行原因:(若有引起上述死因之疾病或傷害) 乙. (甲 之原因 肺炎(以下空白) 丙. (乙 之原因 (以下空白) 丁. (丙 之原因 (以下空白) 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) (以下空白)				發病至死亡之概略時間	數日
				數日	數日
以上事實確實無訛特此證明 醫師姓名: 林煒能 醫師林煒能 證書字號: 醫字第031470號 醫院(診所名稱): 祥太醫療社團法人祥太醫院 開業執照字號: 嘉市衛醫院字1080005984 醫療院所代碼: 0922020031 院所地址: 嘉義市西區書院里延平街490號					<input type="checkbox"/> 依戶籍法第14條及死亡資料通報辦法第4條規定網傳輸 診斷或證明者身份代號 D121158961 填表人蓋章
中 華 民 國 壹 佰 壹 拾 肆 年 拾 貳 月 拾 柒 日					

註:死因將來如發現有錯誤,惟錯誤係在當時難免以避情況下發生時,診斷者不負法律上之責任.

注意事項:一.請攜此證明死亡事件發生或確定後三十日內向戶政事務所辦理死亡發記.

二.為避免承受不必要的繼承債務,,宜注意在法律規定時內向法院報請辦理限定或放棄繼承.