

別添1 韓国死亡診断書（死体検案書）

Medical Certificate of Death

No. _____

1	Full Name		2	Sex		3	Population registration number		
4	Date of birth	Month	Day	Year		5	Occupation		
6	Legal registration								
7	Address of residence								
8	Date and time of onset	Month	Day	Year	Hour	Min.			
9	Date and time of death	Month	Day	Year	Hour	Min.			
10	Place of death	Location							
		Type of place	① Home ② Hospital ③ Residential institution ④ Public administrative area ⑤ Street and highway ⑥ Trade and service area ⑦ Industrial and constructuin ⑧ Frm ⑨ D.O.A ⑩ Others ()						
11	Cause of death ※ List the antecedent cause, if any, in (b), (c), (d) which is leading to immediate cause	(a)	Immediate cause				Approximate interval between onset and death		
		(b)	Cause of (a)						
		(c)	Cause of (b)						
		(d)	Cause of (c)						
		Other significant conditions							
		Principal findings of operation				Date of operation	Month	Day	Year
Principal findings of autopsy									
12	Manner of Death	① Natural ② Accident ③ Others or unknown							
13	Accident of injury	Mechanism of death	① Traffic accident ② Poisoning ③ Fall ④ Drowned ⑤ Fire ⑥ Others()			Intention of death	① Accidental ② Suicide ③ Homicide ④ Unknown		
		Date and time of injury	Month	Day	Year	Hour	Min.		
		Place where injury occurred	Location						
Type of place	① Home ② Hospital ③ Residential institution ④ Public administrative area ⑤ Street and highway ⑥ Trade and service area ⑦ Industrial and constructuin ⑧ Frm ⑨ Others ()								
I certify that the above is the result of my diagnosis (autopsy) about the deceased <p style="text-align: center;">Month day Year</p> Name and address of the hospital : Name of certifier :									

■ 의료법 시행규칙 [별지 제6호서식]

사망진단서(시체검안서)

※ []에는 해당되는 곳에 “✓” 표시를 합니다.

등록번호	연 번 호	원본 대조필인		
① 성 명			② 성 별	[]남 []여
③ 주민등록번호	-	④ 실제생년월일	년 월 일	⑤ 직 업
⑥ 등록 기준지				
⑦ 주 소				
⑧ 발 병 일 시	년 월 일 시 분(24시각제에 따름)			
⑨ 사 망 일 시	년 월 일 시 분(24시각제에 따름)			
⑩ 사 망 장 소	주 소			
	장 소	<input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 사회복지시설(양로원, 고아원 등) <input type="checkbox"/> 공공시설(학교, 운동장 등) <input type="checkbox"/> 도로 <input type="checkbox"/> 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) <input type="checkbox"/> 산업장 <input type="checkbox"/> 농장(논밭, 축사, 양식장 등) <input type="checkbox"/> 병원 이송 중 사망 <input type="checkbox"/> 기타()		
⑪ 사망의 원인 ※(나)(다)(라)에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다	(가) 직접 사인		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				
⑫ 사망의 종류	[]병사 []외인사 []기타 및 불상			
⑬ 외인사 사항	사고 종류	<input type="checkbox"/> 운수(교통) <input type="checkbox"/> 중독 <input type="checkbox"/> 추락 <input type="checkbox"/> 의도성 여 부 <input type="checkbox"/> 익사 <input type="checkbox"/> 화재 <input type="checkbox"/> 기타()	비의도적 사고 <input type="checkbox"/> 자살 <input type="checkbox"/> 타살 <input type="checkbox"/> 미상	
	사고발생 일시	년 월 일 시 분(24시각제에 따름)		
	사고발생 장소	<input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 사회복지시설(양로원, 고아원 등) <input type="checkbox"/> 공공시설(학교, 운동장 등) <input type="checkbox"/> 도로 <input type="checkbox"/> 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) <input type="checkbox"/> 산업장 <input type="checkbox"/> 농장(논밭, 축사, 양식장 등) <input type="checkbox"/> 기타()		

위와 같이 진단(검안)함

년 월 일

의료기관 명칭 :

주소 :

의사, 치과의사, 한의사 면허번호 제 호

성 명:

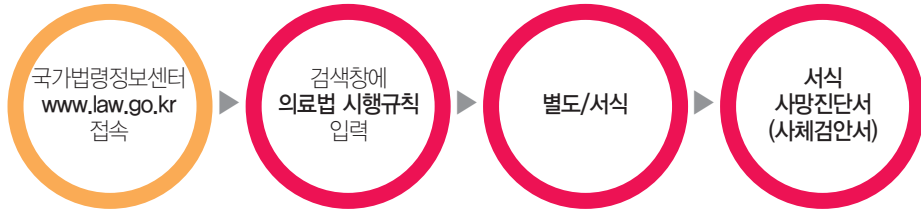
(서명 또는 인)

유의 사항

사망신고는 1개월 이내에 관할 구청·시청·읍·면·동사무소에 신고하여야 하며, 자연신고 및 미신고시 과태료가 부과됩니다.

사망진단서 서식 출처 안내

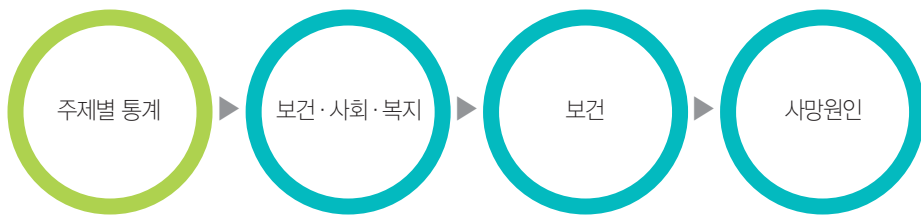
사망진단서 서식은 국가법령정보센터에서 다운로드 받아 이용하실 수 있습니다.



국가통계포털 이용 안내

사망원인통계 결과는 통계청에서 제공하는 국가통계포털(KOSIS)에서 보실 수 있습니다.

www.kosis.kr



마이크로데이터(MDSS) 이용 안내

사망원인통계의 마이크로데이터는 통계청 마이크로데이터서비스시스템에서 제공합니다. 마이크로데이터서비스시스템(<http://mdss.kostat.go.kr>)

▶ 회원 가입 후 자료 신청

사망진단서는 환자와 유족을 위한 의사의 마지막 배려입니다.

사망진단서의 사망원인은 사망통계를 작성하는데 귀중한 자료로 사용됩니다.



別添3 中国死亡证明書様式

附件1 <http://www.moh.gov.cn/ewebeditor/uploadfile/2014/01/20140113134120237.xls>

居民死亡医学证明（推断）书

_____省(自治区、直辖市) _____市(地区、州、盟) _____县(区、旗)
 行政区划代码□□□□□□□
 号: □□□□□□□□□□□□□□□□□□

编

第一联
填写单位存根

死者姓名		性别	1男, 0未知的性别 2女, 9未说明的性别	民族		国家或地区	
有效身份证件类别	1身份证,2户口簿,3护照 4军官证,5驾驶证 6港澳通行证,7台湾通行证 9其他法定有效证件	证件号码		年龄		婚姻状况	1未婚,2已婚,3丧偶 4离婚, 9未说明
出生日期	年 月 日	文化程度	1研究生,2大学,3大专 4中专,5技校, 6高中 7初中及以下	个人身份	11公务员, 13专业技术人员, 17职员 21企业管理者, 24工人, 27农民, 31学生 37现役军人, 51自由职业者, 54个体经营者 70无业人员, 80离退休人员, 90其他		
死亡日期	年 月 日 时 分	死亡地点	1医疗卫生机构,2来院途中,3家中 4养老服务机构, 9其他场所, 0不详	死亡时是否处于妊娠期 或妊娠终止后42天内	1是, 2否		
生前工作单位		户籍地址		常住地址			
可联系的家属姓名		联系电话		家属住址 或工作单位			
致死的主要疾病诊断		疾病名称(勿填症状体征)			发病至死亡大概间隔时间		
I.(a)直接死亡原因							
(b)引起(a)的疾病或情况							
(c)引起(b)的疾病或情况							
(d)引起(c)的疾病或情况							
II.其他疾病诊断(促进死亡, 但与 导致死亡无关的其他重要情况)							
生前主要疾病 最高诊断单位	1三级医院, 2二级医院, 3乡镇卫生院/社区卫生服务机构, 4村卫生室, 9其他医疗卫生机构, 0未就诊			生前主要疾病 最高诊断依据	1尸检,2病理,3手术,4临床+理化 5临床, 6死后推断, 9不详		
医师签名		医疗卫生 机构盖章		填表日期:	年 月 日		
(以下由编码人员填写) 根本死亡原因:				ICD编码:			

死亡调查记录

死者生前病史及症状体征:						
以上情况属实, 被调查者签字:						
被调查者姓名		与死者关系		联系电话		联系地址或工作单位
死因推断				调查者签名		调查日期 年 月 日

注: ①此表填写范围为在家、养老服务机构、其他场所正常死亡者; ②被调查者应为死者近亲或知情人; ③调查时应出具以下资料: 被调查者有效身份证件, 居住地居委会或村委会证明, 死者身份证和/或户口簿、生前病史卡。

居民死亡医学证明（推断）书

行政区划代码□□□□□□

编号：□□□□□□□□□□□□□□□□

第二联
公安部门保存

死者姓名		性别		民族		国家或地区		年龄	
身份证件类别		证件号码		常住地址					
出生日期	年 月 日	死亡日期	年 月 日	死亡地点					
死亡原因				家属姓名			联系电话		
家属住址或单位				医师签名			民警签名		
医疗卫生机构盖章					派出所意见(盖章)				
年 月 日					年 月 日				

注：①死者家属持此联到公安机关办理户籍注销手续；②无医师及民警签字、医疗卫生机构及派出所盖章无效。

居民死亡医学证明（推断）书

行政区划代码□□□□□□

编号：□□□□□□□□□□□□□□□□

第三联
死者家属保存

死者姓名		性别		民族		国家或地区		年龄	
身份证件类别		证件号码		常住地址					
出生日期	年 月 日	死亡日期	年 月 日	死亡地点					
死亡原因				家属姓名			联系电话		
家属住址或单位				医师签名			民警签名		
医疗卫生机构盖章					派出所意见(盖章)				
年 月 日					年 月 日				

注：①死者家属持此联到公安机关签章；②无医师及民警签字、医疗卫生机构及派出所盖章无效；③死于救治机构以外的死亡原因系死后推断。

居民死亡殡葬证

行政区划代码□□□□□□

编号：□□□□□□□□□□□□□□□□

第四联
殡葬管理部门保存

死者姓名		性别		民族		国家或地区		年龄	
身份证件类别		证件号码		常住地址					
出生日期	年 月 日	死亡日期	年 月 日	死亡地点					
死亡原因				家属姓名			联系电话		
家属住址或单位				医师签名			民警签名		
医疗卫生机构盖章					派出所意见(盖章)				
年 月 日					年 月 日				

注：①死者家属持此证到殡仪馆办理尸体火化手续；②死于救治机构，医师签字及医疗卫生机构盖章有效；死于非救治机构，医师及民警签字、医疗卫生机构及派出所盖章有效。

填表说明

《居民死亡医学证明（推断）书》（以下简称《死亡证》）是医疗卫生机构出具的、说明居民死亡及其原因的医学证明，是人口管理与生命统计的基本信息来源。因此，要求填写者及相关人员以严肃、认真、科学的态度对待此项工作。

一、填写范围

中国大陆境内正常死亡的中国公民、台港澳居民和外国人，包括未登记户籍的死亡新生儿。

二、填写人

（一）医疗卫生机构、来院途中死亡者：由负责救治的执业医师填写。

（二）家中、养老服务机构、其他场所正常死亡者：由本辖区社区卫生服务机构或乡镇（街道）卫生院负责调查的执业（助理）医师根据死亡申报材料、调查询问结果并进行死因推断之后，填写《死亡调查记录》及《死亡证》。

医疗卫生机构不能确定是否属于正常死亡者，需经公安司法部门判定死亡性质，公安司法部门判定为正常死亡者，由负责救治或调查的执业医师填写《死亡证》。

未经救治的非正常死亡证明由公安司法部门按照现行规定及程序办理。非正常死亡是指由外部作用导致的死亡，包括火灾、溺水等自然灾害致死，或工伤、医疗事故、交通事故、自杀、他杀、受伤害等人为致死（含无名尸）。

三、填表要求

（一）《居民死亡医学证明（推断）书》要求四联填写齐全，字迹清楚，内容准确，不得勾画涂改。打印或用钢笔、碳素笔填写，签名并加盖公章后生效。如已注明分类项目，请打印应选项目或在应选项目上打“√”。

（二）本表分类采用以下国家标准：《人的性别代码》（GB/T2261.1-2003）、《婚姻状况代码》（GB/T2261.2-2003）、《从业状况（个人身份）代码》（GB/T2261.4-2003）、《中国各民族名称的罗马字母拼写法和代码》（GB/T3304-1991）、《世界各国和地区名称代码》（GB/T2659-2000）、《学历代码（文化程度代码）》（GB4658-2006）。如发布最新版本，则采用最新版本。请按国家标准填写，国家或地区填写中文简称。

（三）省（自治区、直辖市）、市（地区、州、盟）、县（区、旗）：指出具《死亡证》的医疗卫生机构所在的省、市、县名称，以民政部编制的上年末《县级以上区划简册》为准。

（四）行政区划代码：填写出具《死亡证》的医疗卫生机构所在的县（区、旗）6位行政区划代码，以民政部编制的上年末《县级以上区划简册》为准。

（五）编号：填写17位代码（可由信息系统自动赋值）。编号规则为：《死亡证》出具单位的组织机构代码（9位）+年份（4位）+流水码（4位）。

（六）有效身份证件类别及号码：证件类别及号码不得空缺。中国公民要求填写18位身份证号码。

（七）年龄：按照周岁填写。婴儿填写实际存活的月、日、小时。

（八）出生、死亡日期：填写死者的出生或死亡的年、月、日，婴儿死亡填写到时、分。

(九) 个人身份:按照死亡前的个人身份填写, 离退休后死者的个人身份一律填“离退休人员”。

(十) 死亡地点:“医疗卫生机构”指死于各级各类医疗卫生机构住院部及急诊室;“不详”指未能确定的死亡地点(仅限非正常死亡者)。

(十一) 常住、户籍地址:常住地址填写死者居住半年以上的地址, 详细到门牌号码;户籍地址填写户口簿上登记的地址, 详细到门牌号码。

(十二) 第一联“致死的主要疾病诊断”第 I 部分中“(a)直接死亡原因”填写最后造成死亡的疾病诊断或损伤。第二、三、四联“死亡原因”填写第一联“(a)直接死亡原因”, 如果(a)行填写的为症状、体征、衰竭, 则“死亡原因”填写(a)行之后的主要致死原因。填写举例:

例一:如某人因肺癌导致死亡,

第一联:(a)肺癌;

根本死亡原因:肺癌;

第二、三、四联“死亡原因”:肺癌。

例二:如某人因早年的慢性支气管炎逐渐引起肺气肿, 逐渐引起肺心病导致死亡,

第一联:(a)肺心病, (b)肺气肿, (c)慢性支气管炎;

根本死亡原因:慢性支气管炎;

第二、三、四联“死亡原因”为“肺心病”。

例三:如某人因骑自行车与汽车相撞造成颅内损伤导致死亡,

第一联:(a)颅内损伤, (b)骑自行车与汽车相撞

根本死亡原因:骑自行车与汽车相撞

第二、三、四联“死亡原因”:颅内损伤。

(十三) 生前主要疾病的最高诊断单位:三级医院(含相当)包括三级妇幼保健院及专科疾病防治院, 二级医院(含相当)包括二级妇幼保健院及专科疾病防治院, 其他医疗卫生机构包括急救中心、一级医院、门诊部、诊所(医务室)、疗养院等。

(十四) 生前主要疾病最高诊断依据:“死后推断”仅限死亡地点为“来院途中”、“家中”、“养老服务机构”、“其他场所”填写。

(十五) 根本死亡原因及 ICD 编码:二级及以上(含相当)医疗机构由医疗机构编码人员填写, 其他医疗卫生机构由县(区、县级市)疾病预防控制中心编码人员网上填写。ICD 编码填写 4 位国际疾病分类代码。

(十六) 补发《死亡证》时, 需在第一联及补发联注明“补发”及补发时间。申请人应为《死亡证》签字家属或委托人并出具有效身份证件。

