

1. 死亡に関する情報の収集と報告システム

死因の情報

- ・死亡証明書として報告される
- ・全 50 州とアメリカ領から疾病管理予防センター(CDC)/全米健康統計センター(NCHS)に報告

疾病管理予防センター(CDC)/全米健康統計センター(NCHS)

- ・国の保健統計と疫学を主導する。
 - ・合衆国と領土の死亡にかかる情報の収集、解析、報告
 - ・死因報告についての適時性と正確性の改善のための財政上の支援
- (NCHS)

電子的死亡登録システム(EDRS)

- ・その歴史
- ・賛否
- ・将来

これまでの死亡報告のワークフロー

医師からの紙の死亡証明書→医師の証明者による死因の記載→葬儀場から紙の死亡証明書を保健省に送る→保険証では EDRS に手入力

新しい死亡報告のワークフロー

EDRS 上で入力→EDRS 上で保健省が承認、配列、許可、監察医に照会

ハワイの EDRS の背景

- ・2006 年 1 月から運用
- ・安全なウェブサイトと
- ・すべての葬儀社が利用
- ・すべての監察医・コローナーが利用
- ・ホノルル市・州の監察医は死亡に関する情報が Quincy システムから電子的に EDRS に移行する

現状

- ・ 60%は EDRS、40%は紙ベース（年配の医師に多い）

EDRS のメリット

- ・ NCHS への死因報告についての適時性と正確性の改善
- ・ 連邦政府への不正やムダの減少（社会保障局への）
- ・ 州政府への不正やムダの減少（州政府職員退職制度、組合基金、福祉給付）

EDRS のデメリット

- ・ 電子システムの構築と維持の経費
（導入コスト（50 万ドル）は連邦政府から支給、維持費も）
- ・ システム運用のためのトレーニング
- ・ 年配医師の抵抗感
- ・ 国難や人的災害に対しシステムが脆弱
（電源喪失やコンピュータシステムが運用不可能な場合）

死亡証明書の様式

- ・ 全 50 州とアメリカ領で、2003 年版様式

オンライン教育システム

2. 死亡診断書と死体検案書

区別はない。

米国とハワイでの区分の重要なポイントは

「自然死（病死）」か「非自然死（自殺、他殺、事故、不詳）」

3. 死亡診断書の記載内容の修正

病院での記載の場合は 3 日以内。

後日の検査で判明した場合の締め切りは、実質的にはない。

4. 省庁間の統計の数字の差

統計のデータは直接各省庁に反映され、差はない。

5. 外因死に関する情報

交通事故や自殺に関する正確で詳細な情報は連邦政府や地方機関に提

供される。

ハワイでは6か月で約150件の交通事故死を運輸局に報告。

犯罪関連の場合は、司法機関からも報告。

6. 非自然死に関する情報

法的に別対応（情報の収集・報告も別）

CDCのプロジェクト(NVDRS)

米国標準死亡証明書

1. 死者の氏名(別名があれば) (名、ミドルネーム、姓) 2. 性別 3. 社会保障番号
 - 4a. 年齢 4b. 1歳未満 月 日 4c. 1日未満 時間 分
 5. 生年月日 (月/日/年) 6. 出生地 (市と州または国名)
 - 7a. 居住地-州 7b. 居住地-郡 7c. 市、町
 - 7d. 町名と番地 7e. アパート番号 7f. 郵便番号 7g. 市域内 (はい いいえ)
 8. 米軍在籍歴 (あり なし)
 9. 死亡時の結婚歴 (既婚、既婚別居、死別、離婚、未婚、不詳)
 10. 生存する配偶者名 (妻の場合、最初の結婚前の姓)
 11. 父親の名前 (名、ミドルネーム、姓)
 12. 母親の最初の結婚前の名前 (名、ミドルネーム、姓)
 - 13a. 通知者名 13b. 親族関係 13c. 郵便連絡先 (町名と番地、市、州、郵便番号)
 14. 死亡場所 (1つ選択)
- 死亡が病院の場合
- 入院患者 救急処置室/外来患者 来院時死亡
- 病院外での死亡の場合
- ホスピス 老人ホーム/療養病床 自宅 その他 (具体的に)
15. 施設の名称 (公共施設でない場合、住所) 16. 市、州、郵便番号 17. 死亡した郡
 18. 埋葬の方法
- 土葬 火葬 献体 埋葬 州外に移送 その他 (具体的に)
19. 埋葬場所 (墓地、火葬場の名称、その他)
 20. 埋葬地 (町名と番地、市、州) 21. 葬祭施設の名称と住所
 22. 葬祭業免許を受けた者またはその他の代理人の署名 23. 免許番号

1 から 23 までの項目は、葬祭業者が記載

項目 24-28 は、死亡宣告または死亡確認をした者が記入

24. 死亡宣告日（月/日/年） 25. 死亡宣告の時間
26. 死亡宣告をした者の署名（あてはまる場合） 27. 免許番号 28. 署名日（月/日/年）
29. 死亡日または死亡推定日（月/日/年）（月は綴りで）
30. 死亡時刻または死亡推定時刻
31. 監察医またはコロナーとの接触（あり なし）

死亡の原因（手引き、記入例参照）

32. 第 I 部 事象の連鎖を記入—病気、けがまたは合併症・直接死を引き起こしたもの。
心停止、呼吸停止、原因の示されない心室細動など終末状態は記入しない。

略語は使わない。1 行には一つの原因を記載。必要なら行を追加。

直接死因（最終病名 または死に至った状態） 発症から死亡までの期間

- a. _____
の結果（の結果として）
- b. _____
の結果（の結果として）
- c. _____
の結果（の結果として）
- d. _____

a の原因に至る状態を順次記載。遠因（死に至る結果をきたした病気またはけが）を最後に。

第 II 部 死亡に関連する有意な状態、しかし第 1 部に記載の遠因ではないものを記載。

33. 解剖の実施（あり なし）
34. 死因を示す解剖所見が得られたか（あり なし）
35. 喫煙が死因に関与したか（あり おそらくあり なし 不明）

36. 女性の場合

これまで妊娠歴なし。 死亡時妊娠中だった。
妊娠中ではないが、死亡 42 日以内は妊娠していた。
妊娠中ではないが、死亡の 43 日～1 年前に妊娠していた。
過去の妊娠歴が不明。

37. 死亡の方法

病死 事故 自殺 他殺 調査中 不詳

38. 傷害発生の日（月/日/年）（月は綴りで） 39. 傷害発生時刻
40. 傷害発生の場所（例； 自宅、建設現場、レストラン、森林）
41. 就業中の傷害（はい いいえ）

42. 傷害発生場所（州、市町、町名と番地、アパート番号、郵便番号）

43. どのように傷害が発生したか

44. 交通事故の場合、明示

運転者/操作者 乗員 歩行者 その他（具体的に）

45. 確認者（1つ選択）

確認した医師 私の知る限り、死亡は記載した原因、手段による。

宣告、確認した医師 私の知る限り、死亡は記載した日時、場所での原因、手段による。

監察医/コローナー 検査または調査の結果、死亡は記載した日時、場所での原因、手段によるものとする。

確認者の署名 _____

46. 死亡の原因(項目 32) 記載者の住所、氏名、郵便番号

47. 確認者の称号 48. 免許番号 49. 証明日（月/日/年）

50. 登記官記載用 記入日

24 から 49 までの項目は、医師が記載

米国標準死亡証明書の項目に関する手引き（抄訳）

（「医師ハンドブック」「監察医/コロナーハンドブック」の死亡登録のてびき 参照）

死亡したとき

項目 24-25、29-31 は完全に記載する。施設により、別の人物が死亡宣告した場合や、その事例についてより詳しい人物がいる場合には、死亡宣告した者は項目 24-28 を記載する。死亡確認者は項目 24-25、29-49 を記載し、項目 26-28 は空白のこともある。

項目 24-25、29-31 死亡の日時

月名は綴る。正確な日が不明な場合、**大まかな日時**を記載する。日時の特定が困難な場合、死体が発見・確認された日時を**（発見）**と記載する。死亡宣告日と死亡日は同じかもしれない。時刻は 24 時間表記で。推定時刻の場合は「頃」と記載。

項目 32 死亡の原因

読みやすく記載する。高解像度のプリンター、黒インクリボンのタイプライターなど。黒インクで記載。**略語は用いない。**

第 I 部（直接死因につながる事象）

- ・それぞれの行には、1つの原因を記載する。**(a)は必ず記載し、空白にしない。**必要な場合、行を追加する。(a)の状態の基礎となる状態に起因する場合はあれば、(b)に記載する。これらすべての連鎖を記載する。第 1 部の最下段には**いつも基礎となる状態**が入る。
- ・それぞれの原因には、推定される「発症から死亡までの期間」を記載する。「不詳」や「約〇〇」も可能。一般用語として「〇〇分」「〇時間」「〇日」も可能。**空白にはしない。**
- ・終末状態（例：心停止、呼吸停止）は用いない。もし(a)欄に死亡のメカニズムの記載が最も適切と考えられる場合には、その原因を下段に記載する。（例：冠状動脈硬化症に起因する心停止、胸部への鈍的衝撃に起因する心停止）
- ・うっ血性心不全、肝不全、腎不全、呼吸不全などの臓器系の不全が、死亡の原因に記載される場合は、常にその場合は下段に原因を記載する。（例：I 型糖尿病による腎不全）
- ・「新生物」を死因に記載する場合、1) 原発巣または原発巣不明、2) 良性また

は悪性、3) 具体的な組織型または組織型不明、4) 腫瘍のグレード、5) 部位または臓器の部位を記載に含める。(例：原発性高分化型扁平上皮癌、肺左上葉)

・致死性損傷(例：胸部刺創)、致死性外傷(例：鎖骨下静脈切損)、致死性障害(例：空気塞栓症)は常に記載する。

第Ⅱ部(その他の有意な状態)

・第Ⅰ部の事象の連鎖に記載せず、**死亡の原因に関与しない**疾病や状態をすべて記載する。記載例を参照。

・2つ以上の連鎖が死亡に関与していると考えられる場合、または2つの状態が一緒に死亡に関与すると考えられる場合には、第Ⅰ部には最も関与すると考えられる事項を記載者の判断で1つを記載し、もう一つの状態または疾病は第Ⅱ部に記載する。

死因の変更

・追加の医学情報や解剖所見が得られた場合に、当初の死因が変わることがある。その場合、最初に提出した死亡証明書は確認した医師により修正され、州の人口動態記録事務所で訂正される。

項目 33-34 解剖

・項目 33 は、全身または局所解剖が行われた場合、「あり」を選択する。行っていない場合は「なし」を選択する。

・項目 34 は、解剖で死因を特定する所見が得られた場合、「あり」を選択する。なければ「なし」を選択する。解剖を行っていない場合は、空欄のままおいておく。

項目 35 喫煙が死因に関与したか

・記載者の判断で、喫煙が死亡に関連したと判断した場合は「あり」を選択する。喫煙は多くの疾病に関与していると考えられ、例えば、喫煙は肺気腫、肺癌、心疾患や頭頸部がんによる死亡に関連している。記載者が、喫煙が死亡に関与していないと臨床的に判断した場合は「なし」を選択する。

項目 36 女性の場合、死者が死亡時またはそれまでに妊娠していたか

・この情報は、妊娠関連死亡かどうかを判断する上で重要である。

項目 37 死因の種類

・1) 正確な死因の判断 2) 保険請求の手続き 3) 損傷と死亡の統計的検討、の点

で重要。

・死因の種類で、「事故」「自殺」または「他殺」の判断が、法定の死亡証明書の作成期限内に決定できない場合、「調査中」とする。これは後に他のいずれかに変更すべきである。

・「不詳」は、死因の種類が判断できない場合のみ用いる。

項目 38-44 事故または損傷 損傷または中毒による死亡の場合はすべて記載する

・項目 38 傷害発生の正確な月日年を記載する。月は名前を綴る。月を数字で記載しない。(注意：けがをした日は死亡した日と違うかもしれない)

日時が推定の場合「〇〇頃」とする。

・項目 39 最も推測される正確な傷害発生の時刻を記載する。24 時間表記で記載。

・項目 40 損傷が発生した一般的な場所の名前（レストラン、更地、家）。会社名や団体名は書かない。(例：「工場」と記載はするが「(株) 標準工業」都は書かない)

・項目 41 第 I 部、第 II 部で、他殺、自殺、事故など疾病以外が記載された場合、記載する。すべての自動車事故を含む。この項目は 14 歳以上のすべての死者について記載が必要で、14 歳未満でも契約で補償されている場合は記載する。傷害が就業中の場合は「はい」そうでない場合は「いいえ」。就業中の傷害は、死者の通常の業務の課程かどうかを問わない。就業中の傷害の例と就業中の傷害でない例は以下の通り：

就業中の傷害

工作中的、または仕事を前提とした職業訓練中の傷害
勤務時間内の休憩、食事、仕事を前提とした駐車場での傷害
家での報酬のある仕事、補償のある仕事での傷害
法執行のボランティアの仕事での傷害
仕事での出張中の傷害

就業中の傷害でないもの

仕事の上での個人的なレクリエーション活動での傷害
職務としてではない訪問時の傷害
主婦の仕事
学校の生徒
利益を目的としない自己の仕事(庭の草刈り、屋根の修理、趣味)

死亡の原因—背景、例と一般的な問題

- ・死亡の原因についての正確な情報は重要です。

「死亡の原因」は2つの部分からなります。第Ⅰ部は死に至る事象の連鎖を直接死因（疾病、損傷または合併症で直接の死の原因になるもの）を記入し、その下段にはそれに至る原因を最下段に記載する。（疾病または損傷で死に至った連鎖を順次記載）。第Ⅱ部には有意な疾病、状態または損傷で、死亡に関連するが第Ⅰ部に記載したものでないものすべてを記載します。

死亡の原因は、あなたの最も考えられる医学的意見を記載すべきです。

確実な診断がつかない場合は「(推定)」も記載できます。

適切な記載がなされた例：

死亡の原因

32. 第Ⅰ部

直接死因（最終病名 または死に至った状態）

発症から死亡までの期間

a. <u>心破裂</u>	_____	_____
	の結果（の結果として）	_____
b. <u>急性心筋梗塞</u>	_____	_____
	の結果（の結果として）	_____
c. <u>冠状動脈血栓</u>	_____	_____
	の結果（の結果として）	_____
d. <u>動脈硬化性冠動脈疾患</u>	_____	_____

第Ⅱ部 死亡に関連する有意な状態、しかし第Ⅰ部に記載の遠因ではないものを記載。

糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、喫煙

33. 解剖の実施（**あり** なし）

34. 死因を示す解剖所見が得られたか（**あり** なし）

35. 喫煙が死因に関与したか（**あり** おそらくあり なし 不明）

36. 女性の場合

これまで妊娠歴なし。 死亡時妊娠中だった。

妊娠中ではないが、死亡42日以内は妊娠していた。

妊娠中ではないが、死亡の43日～1年前に妊娠していた。

過去の妊娠歴が不明。

37. 死亡の方法

病死 事故 自殺 他殺 調査中 不詳

死亡の原因

32. 第 I 部

直接死因（最終病名 または死に至った状態） 発症から死亡までの期間

- a. 誤嚥性肺炎 2 日間
の結果（の結果として）
- b. 遷延性意識障害 7 週間
の結果（の結果として）
- c. 鈍的損傷 7 週間
の結果（の結果として）
- d. 自動車事故 7 週間

第 II 部 死亡に関連する有意な状態、しかし第 1 部に記載の遠因ではないものを記載。

33. 解剖の実施（あり なし）

34. 死因を示す解剖所見が得られたか（あり なし）

35. 喫煙が死因に関与したか（あり おそらくあり なし 不明）

36. 女性の場合

これまで妊娠歴なし。 死亡時妊娠中だった。

妊娠中ではないが、死亡 42 日以内は妊娠していた。

妊娠中ではないが、死亡の 43 日～1 年前に妊娠していた。

過去の妊娠歴が不明。

37. 死亡の方法

病死 **事故** 自殺 他殺 調査中 不詳

38. 傷害発生の日（月/日/年）（月は綴りで） **August 15, 2003**

39. 傷害発生時刻 **2320 頃**

40. 傷害発生の場所 **高速道路の近くの道路脇**

41. 就業中の傷害（はい いいえ）

42. 傷害発生場所（ミズーリ州、市町 **アレクサンドリア近く、町名と番地、州道 46a 17 マイル標識、郵便番号**）

43. どのように傷害が発生したか **トラックの運転者、道路外の木に衝突**

44. 交通事故の場合、明示

運転者/操作者 乗員 歩行者 その他（具体的に）

死亡証明書の一般的な問題

高齢者の場合、死亡の原因の連鎖をできる限り明確にする。老齡、虚弱、老齡、高齡などの診断名は、公衆衛生的、また医学的観点からの価値は少ない。年齢は証明書の他の場所に記載されている。死亡に至るいくつかの状態がある場合、医師は自分の判断で最も適切なものを1つ選択すべきである。そして、多くの関連する事項は第Ⅱ部に記載する。もし、熟慮しても死に至る連鎖が判断できない場合は、監察医またはコローナーに、その後の調査や死亡の原因を判断するための手助けを相談すべきである。

小児の死亡は、死亡の原因の連鎖をできる限り明確にする。「未熟性」はその原因が説明できなければ、記載すべきではない。母体の状態が小児の死亡のきっかけになったり、影響していることもある。小児の死亡証明書には小児の死亡の原因に加え、母体の原因も記載すべきである。(例：未熟性による肺硝子膜症、28週での母体の腹部への外力による常位胎盤早期剥離)

SIDS（乳幼児突然死症候群）が疑われる場合、監察医やコローナーによる完全な調査を実施すべきである。小児が1歳未満で、状況調査や臨床経過のレビュー、解剖が実施された後で、死因となりうる所見がない場合、死因をSIDSとできる。

以下のような経過をたどった場合、原因について追加の情報を報告すべきである。

膿瘍、腹腔内出血、癒着、成人呼吸窮迫症候群、急性心筋梗塞、精神状態の変化、貧血、食欲不振、癌腫、心停止、不整脈、心筋症、心肺停止、蜂窩織炎、脳浮腫、脳血管障害、脳ヘルニア、播種性血管内凝固症候群、不整脈、末期の肝疾患、末期の腎疾患、硬膜外血腫、失血、高度虚弱、骨折、低ナトリウム血症、低血圧、免疫抑制、頭蓋内圧亢進、頭蓋内出血、栄養失調、代謝性脳症、多臓器不全、他系統臓器不全、呼吸停止、肺水腫、肺塞栓症、呼吸不全、腎不全、けいれん、敗血症、敗血症性ショック、

U.S. STANDARD CERTIFICATE OF DEATH

LOCAL FILE NO.

STATE FILE NO.

NAME OF DECEDENT
For use by physician or institution
To Be Completed/ Verified By:
FUNERAL DIRECTOR:

1. DECEDENT'S LEGAL NAME (Include AKA's if any) (First, Middle, Last)				2. SEX		3. SOCIAL SECURITY NUMBER			
4a. AGE-Last Birthday (Years)		4b. UNDER 1 YEAR Months: _____ Days: _____		4c. UNDER 1 DAY Hours: _____ Minutes: _____		5. DATE OF BIRTH (Mo/Day/Yr)		6. BIRTHPLACE (City and State or Foreign Country)	
7a. RESIDENCE-STATE				7b. COUNTY		7c. CITY OR TOWN			
7d. STREET AND NUMBER				7e. APT. NO.		7f. ZIP CODE		7g. INSIDE CITY LIMITS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
8. EVER IN US ARMED FORCES? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		9. MARITAL STATUS AT TIME OF DEATH <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but separated <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Never Married <input type="checkbox"/> Unknown			10. SURVIVING SPOUSE'S NAME (If wife, give name prior to first marriage)				
11. FATHER'S NAME (First, Middle, Last)					12. MOTHER'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE (First, Middle, Last)				
13a. INFORMANT'S NAME		13b. RELATIONSHIP TO DECEDENT			13c. MAILING ADDRESS (Street and Number, City, State, Zip Code)				
14. PLACE OF DEATH (Check only one: see instructions)									
IF DEATH OCCURRED IN A HOSPITAL: <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Emergency Room/Outpatient <input type="checkbox"/> Dead on Arrival					IF DEATH OCCURRED SOMEWHERE OTHER THAN A HOSPITAL: <input type="checkbox"/> Hospice facility <input type="checkbox"/> Nursing home/Long term care facility <input type="checkbox"/> Decedent's home <input type="checkbox"/> Other (Specify):				
15. FACILITY NAME (If not institution, give street & number)				16. CITY OR TOWN, STATE, AND ZIP CODE			17. COUNTY OF DEATH		
18. METHOD OF DISPOSITION: <input type="checkbox"/> Burial <input type="checkbox"/> Cremation <input type="checkbox"/> Donation <input type="checkbox"/> Entombment <input type="checkbox"/> Removal from State <input type="checkbox"/> Other (Specify):				19. PLACE OF DISPOSITION (Name of cemetery, crematory, other place)					
20. LOCATION-CITY, TOWN, AND STATE				21. NAME AND COMPLETE ADDRESS OF FUNERAL FACILITY					
22. SIGNATURE OF FUNERAL SERVICE LICENSEE OR OTHER AGENT							23. LICENSE NUMBER (Of Licensee)		
ITEMS 24-28 MUST BE COMPLETED BY PERSON WHO PRONOUNCES OR CERTIFIES DEATH				24. DATE PRONOUNCED DEAD (Mo/Day/Yr)			25. TIME PRONOUNCED DEAD		
26. SIGNATURE OF PERSON PRONOUNCING DEATH (Only when applicable)				27. LICENSE NUMBER			28. DATE SIGNED (Mo/Day/Yr)		
29. ACTUAL OR PRESUMED DATE OF DEATH (Mo/Day/Yr) (Spell Month)			30. ACTUAL OR PRESUMED TIME OF DEATH			31. WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)									Approximate interval: Onset to death
<p>32. PART I. Enter the chain of events—diseases, injuries, or complications—that directly caused the death. DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.</p> <p>IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) -----> a. _____ Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the UNDERLYING CAUSE (disease or injury that initiated the events resulting in death) LAST</p> <p>b. _____ Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>c. _____ Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>d. _____</p>									<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
PART II. Enter other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in PART I						33. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
						34. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
35. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Probably <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		36. IF FEMALE: <input type="checkbox"/> Not pregnant within past year <input type="checkbox"/> Pregnant at time of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant within 42 days of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death <input type="checkbox"/> Unknown if pregnant within the past year			37. MANNER OF DEATH <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pending Investigation <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Could not be determined				
38. DATE OF INJURY (Mo/Day/Yr) (Spell Month)		39. TIME OF INJURY		40. PLACE OF INJURY (e.g., Decedent's home; construction site; restaurant; wooded area)			41. INJURY AT WORK? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
42. LOCATION OF INJURY: State: _____ City or Town: _____									
Street & Number: _____ Apartment No.: _____ Zip Code: _____									
43. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED:						44. IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY: <input type="checkbox"/> Driver/Operator <input type="checkbox"/> Passenger <input type="checkbox"/> Pedestrian <input type="checkbox"/> Other (Specify):			
45. CERTIFIER (Check only one): <input type="checkbox"/> Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred due to the cause(s) and manner stated. <input type="checkbox"/> Pronouncing & Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated. <input type="checkbox"/> Medical Examiner/Coroner-On the basis of examination, and/or investigation, in my opinion, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated.									
Signature of certifier: _____									
46. NAME, ADDRESS, AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH (Item 32)									
47. TITLE OF CERTIFIER		48. LICENSE NUMBER		49. DATE CERTIFIED (Mo/Day/Yr)			50. FOR REGISTRAR ONLY- DATE FILED (Mo/Day/Yr)		

To Be Completed By:
MEDICAL CERTIFIER

MEDICAL CERTIFIER INSTRUCTIONS for selected items on U.S. Standard Certificate of Death

(See Physicians' Handbook or Medical Examiner/Coroner Handbook on Death Registration for instructions on all items)

ITEMS ON WHEN DEATH OCCURRED

Items 24-25 and 29-31 should always be completed. If the facility uses a separate pronouncer or other person to indicate that death has taken place with another person more familiar with the case completing the remainder of the medical portion of the death certificate, the pronouncer completes Items 24-28. If a certifier completes Items 24-25 as well as items 29-49, Items 26-28 may be left blank.

ITEMS 24-25, 29-30 – DATE AND TIME OF DEATH

Spell out the name of the month. If the exact date of death is unknown, enter the **approximate** date. If the date cannot be approximated, enter the date the body is found and identify as **date found**. Date pronounced and actual date may be the same. Enter the exact hour and minutes according to a 24-hour clock; estimates may be provided with "Approx." placed before the time.

ITEM 32 – CAUSE OF DEATH (See attached examples)

Take care to make the entry legible. Use a computer printer with high resolution, typewriter with good black ribbon and clean keys, or print legibly using permanent **black** ink in completing the CAUSE OF DEATH Section. **Do not abbreviate** conditions entered in section.

Part I (Chain of events leading directly to death)

•Only **one** cause should be entered on each line. **Line (a) MUST ALWAYS** have an entry. **DO NOT** leave blank. Additional lines may be added if necessary.

•If the condition on **Line (a)** resulted from an underlying condition, put the underlying condition on **Line (b)**, and so on, until the full sequence is reported. **ALWAYS** enter the **underlying cause of death** on the **lowest used line** in Part I.

•For each cause indicate the best estimate of the interval between the presumed onset and the date of death. The terms "unknown" or "approximately" may be used. General terms, such as minutes, hours, or days, are acceptable, if necessary. **DO NOT** leave blank.

•The terminal event (for example, cardiac arrest or respiratory arrest) should not be used. If a mechanism of death seems most appropriate to you for line (a), then you must always list its cause(s) on the line(s) below it (for example, cardiac arrest **due to** coronary artery atherosclerosis or cardiac arrest **due to** blunt impact to chest).

•If an organ system failure such as congestive heart failure, hepatic failure, renal failure, or respiratory failure is listed as a cause of death, always report its etiology on the line(s) beneath it (for example, renal failure **due to** Type I diabetes mellitus).

•When indicating neoplasms as a cause of death, include the following: 1) primary site or that the primary site is unknown, 2) benign or malignant, 3) cell type or that the cell type is unknown, 4) grade of neoplasm, and 5) part or lobe of organ affected. (For example, a primary well-differentiated squamous cell carcinoma, lung, left upper lobe.)

•Always report the fatal injury (for example, stab wound of chest), the trauma (for example, transection of subclavian vein), and impairment of function (for example, air embolism).

PART II (Other significant conditions)

•Enter all diseases or conditions contributing to death that were not reported in the chain of events in Part I and that did not result in the **underlying cause of death**. See attached examples.

•If two or more possible sequences resulted in death, or if two conditions seem to have added together, report in Part I the one that, in your opinion, most directly caused death. Report in Part II the other conditions or diseases.

CHANGES TO CAUSE OF DEATH

Should additional medical information or autopsy findings become available that would change the cause of death originally reported, the original death certificate should be amended by the certifying physician by **immediately** reporting the revised cause of death to the State Vital Records Office.

ITEMS 33-34 - AUTOPSY

•33 - Enter "Yes" if either a partial or full autopsy was performed. Otherwise enter "No."

•34 - Enter "Yes" if autopsy findings were available to complete the cause of death; otherwise enter "No". Leave item blank if no autopsy was performed.

ITEM 35 - DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH?

Check "yes" if, in your opinion, the use of tobacco contributed to death. Tobacco use may contribute to deaths due to a wide variety of diseases; for example, tobacco use contributes to many deaths due to emphysema or lung cancer and some heart disease and cancers of the head and neck. Check "no" if, in your clinical judgment, tobacco use did not contribute to this particular death.

ITEM 36 - IF FEMALE, WAS DECEDENT PREGNANT AT TIME OF DEATH OR WITHIN PAST YEAR?

This information is important in determining pregnancy-related mortality.

ITEM 37 - MANNER OF DEATH

•Always check Manner of Death, which is important: 1) in determining accurate causes of death; 2) in processing insurance claims; and 3) in statistical studies of injuries and death.

•Indicate "Pending investigation" if the manner of death cannot be determined whether due to an accident, suicide, or homicide within the statutory time limit for filing the death certificate. This should be changed later to one of the other terms.

•Indicate "Could not be Determined" **ONLY** when it is impossible to determine the manner of death.

ITEMS 38-44 - ACCIDENT OR INJURY – to be filled out in all cases of deaths due to injury or poisoning.

•38 - Enter the exact month, day, and year of injury. Spell out the name of the month. **DO NOT** use a number for the month. (Remember, the date of injury may differ from the date of death.) Estimates may be provided with "Approx." placed before the date.

•39 - Enter the exact hour and minutes of injury or use your best estimate. Use a 24-hour clock.

•40 - Enter the general place (such as restaurant, vacant lot, or home) where the injury occurred. **DO NOT** enter firm or organization names. (For example, enter "factory", not "Standard Manufacturing, Inc.")

•41 - Complete if anything other than natural disease is mentioned in Part I or Part II of the medical certification, including homicides, suicides, and accidents. This includes all motor vehicle deaths. The item **must** be completed for decedents ages 14 years or over and may be completed for those less than 14 years of age if warranted. Enter "Yes" if the injury occurred at work. Otherwise enter "No". An injury may occur at work regardless of whether the injury occurred in the course of the decedent's "usual" occupation. Examples of injury at work and injury not at work follow:

Injury at work

Injury while working or in vocational training on job premises

Injury while on break or at lunch or in parking lot on job premises

Injury while working for pay or compensation, including at home

Injury while working as a volunteer law enforcement official etc.

Injury while traveling on business, including to/from business contacts

Injury not at work

Injury while engaged in personal recreational activity on job premises

Injury while a visitor (not on official work business) to job premises

Homemaker working at homemaking activities

17 Student in school

Working for self for no profit (mowing yard, repairing own roof, hobby)

Cause-of-death – Background, Examples, and Common Problems

Accurate cause of death information is important

- to the public health community in evaluating and improving the health of all citizens, and
- often to the family, now and in the future, and to the person settling the decedent's estate.

The cause-of-death section consists of two parts. Part I is for reporting a chain of events leading directly to death, with the **immediate** cause of death (the final disease, injury, or complication directly causing death) on line a and the **underlying** cause of death (the disease or injury that initiated the chain of events that led directly and inevitably to death) on the lowest used line. Part II is for reporting all other significant diseases, conditions, or injuries that contributed to death but which did not result in the underlying cause of death given in Part I. The cause-of-death information should be **YOUR best medical OPINION**. A condition can be listed as "probable" even if it has not been definitively diagnosed.

Examples of properly completed medical certifications

CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)			Approximate interval: Onset to death
<p>32. PART I. Enter the <u>chain of events</u>-diseases, injuries, or complications-that directly caused the death. DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.</p> <p>IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition -----> resulting in death)</p> <p>Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the UNDERLYING CAUSE (disease or injury that initiated the events resulting in death) LAST</p> <p>a. <u>Rupture of myocardium</u> Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>b. <u>Acute myocardial infarction</u> Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>c. <u>Coronary artery thrombosis</u> Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>d. <u>Atherosclerotic coronary artery disease</u></p>			<p>Minutes</p> <p>6 days</p> <p>5 years</p> <p>7 years</p>
<p>PART II. Enter other <u>significant conditions contributing to death</u> but not resulting in the underlying cause given in PART I</p> <p>Diabetes, Chronic obstructive pulmonary disease, smoking</p>		<p>33. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>34. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>35. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Probably</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p>	<p>36. IF FEMALE:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not pregnant within past year</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant at time of death</p> <p><input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant within 42 days of death</p> <p><input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death</p> <p><input type="checkbox"/> Unknown if pregnant within the past year</p>	<p>37. MANNER OF DEATH</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicide</p> <p><input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pending Investigation</p> <p><input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Could not be determined</p>	

CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)			Approximate interval: Onset to death
<p>32. PART I. Enter the <u>chain of events</u>-diseases, injuries, or complications-that directly caused the death. DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.</p> <p>IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition -----> resulting in death)</p> <p>Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the UNDERLYING CAUSE (disease or injury that initiated the events resulting in death) LAST</p> <p>a. <u>Aspiration pneumonia</u> Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>b. <u>Complications of coma</u> Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>c. <u>Blunt force injuries</u> Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>d. <u>Motor vehicle accident</u></p>			<p>2 Days</p> <p>7 weeks</p> <p>7 weeks</p> <p>7 weeks</p>
<p>PART II. Enter other <u>significant conditions contributing to death</u> but not resulting in the underlying cause given in PART I</p>		<p>33. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>34. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>35. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Probably</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p>	<p>36. IF FEMALE:</p> <p><input type="checkbox"/> Not pregnant within past year</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant at time of death</p> <p><input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant within 42 days of death</p> <p><input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death</p> <p><input type="checkbox"/> Unknown if pregnant within the past year</p>	<p>37. MANNER OF DEATH</p> <p><input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicide</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pending Investigation</p> <p><input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Could not be determined</p>	
<p>38. DATE OF INJURY (Mo/Day/Yr) (Spell Month)</p> <p>August 15, 2003</p>	<p>39. TIME OF INJURY</p> <p>Approx. 2320</p>	<p>40. PLACE OF INJURY (e.g., Decedent's home; construction site; restaurant; wooded area)</p> <p>road side near state highway</p>	<p>41. INJURY AT WORK?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
<p>42. LOCATION OF INJURY: State: Missouri City or Town: near Alexandria</p> <p>Street & Number: mile marker 17 on state route 46a Apartment No.: _____ Zip Code: _____</p>		<p>44. IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Driver/Operator</p> <p><input type="checkbox"/> Passenger</p> <p><input type="checkbox"/> Pedestrian</p> <p>Other (Specify) _____</p>	
<p>43. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED:</p> <p>Decedent driver of van, ran off road into tree</p>			

Common problems in death certification

The **elderly decedent** should have a clear and distinct etiological sequence for cause of death, if possible. Terms such as senescence, infirmity, old age, and advanced age have little value for public health or medical research. Age is recorded elsewhere on the certificate. When a number of conditions resulted in death, the physician should choose the single sequence that, in his or her opinion, best describes the process leading to death, and place any other pertinent conditions in Part II. If after careful consideration the physician cannot determine a sequence that ends in death, then the medical examiner or coroner should be consulted about conducting an investigation or providing assistance in completing the cause of death.

The **infant decedent** should have a clear and distinct etiological sequence for cause of death, if possible. "Prematurity" should not be entered without explaining the etiology of prematurity. Maternal conditions may have initiated or affected the sequence that resulted in infant death, and such maternal causes should be reported in addition to the infant causes on the infant's death certificate (e.g., Hyaline membrane disease due to prematurity, 28 weeks due to placental abruption due to blunt trauma to mother's abdomen).

When **SIDS** is suspected, a complete investigation should be conducted, typically by a medical examiner or coroner. If the infant is under 1 year of age, no cause of death is determined after scene investigation, clinical history is reviewed, and a complete autopsy is performed, then the death can be reported as Sudden Infant Death Syndrome.

When processes such as the following are reported, additional information about the etiology should be reported:

Abcess	Cardiomegaly	Disseminated intra vascular coagulopathy	Hyponatremia	Pulmonary arrest
Abdominal hemorrhage	Cardiac arrest	Dysrhythmia	Hypotension	Pulmonary edema
Adhesions	Cardiac dysrhythmia	End-stage liver disease	Immunsuppression	Pulmonary embolism
Adult respiratory distress syndrome	Cardiomyopathy	End-stage renal disease	Increased intra cranial pressure	Pulmonary insufficiency
Acute myocardial infarction	Cardiopulmonary arrest	Epidural hematoma	Intra cranial hemorrhage	Renal failure
Altered mental status	Cellulitis	Exsanguination	Malnutrition	Respiratory arrest
Anemia	Cerebral edema	Failure to thrive	Metabolic encephalopathy	Seizures
Anoxia	Cerebrovascular accident	Fracture	Multi-organ failure	Sepsis
Anoxic encephalopathy	Cerebrovascular insufficiency		Multi-system organ failure	Serious shock

1. 死亡に関する情報の収集と報告システム

オーストリアでは、死亡証明書の電子申請は行っていない。
死亡に関する情報は、家族・葬儀社から地方保健行政機関、地方政府を經由して、その後 Statistic Austria（統計庁）に送られ死因統計の処理が行われる。

記載事項の修正が生じた場合の訂正に関しては、期限はなく、1～2年後でも可能。また、電子メールでも可能とのこと。

2. 死亡診断書と死体検案書

特に区別はない。それによる問題もない。

3. 省庁間の統計の数字の差

統計に関しては、統計庁が統計を算出するために差はない。

4. 外因死に関する情報

病院、行政解剖で死亡診断書の色が違う。

2019.12.12

1. 死亡に関する情報の収集と報告システム

死亡証明書は手書きで、申請の電子化はない。

死亡に関する情報は、家族から地方行政機関を経由して、死因統計の処理が行われる。

記載事項の修正が生じた場合の訂正に関しては、期限は年末とのこと。

2. 死亡診断書と死体検案書

「死亡証明書」で、特に区別はない。それによる問題もない。

3. 省庁間の統計の数字の差

国立統計研究所が行い、省庁間での差はない。

4. 外因死に関する情報

病死は家庭医が、外因死については法医学研究所の医師が行う。外因死については、法医学研究所（法務省管轄）でも統計を作成。

死亡ファイル D-4 (アルバニアで使用している書式)

死亡証明書

死者の氏名 _____

死亡した日 _____ 日 _____ 月 _____ 年

生年月日 _____ 日 _____ 月 _____ 年

第 I 部 医学的証明

A- 医療データ

I. 死亡場所 _____

自宅 _____

医療機関 _____

その他 (具体的に) _____

II. 医療処置

あり

なし

III. 死亡の原因

a-病死 (ない場合、b にスキップ)

1. 原死因 _____

(死亡を引き起こした病的状態)

疾病コード _____

2. 中間的な死因または合併症

(死亡を引き起こす病的状態の
発症を引き起こした疾患)

疾病コード _____

3. 直接死因 _____

(直接死を引き起こした病態)

疾病コード _____

b-暴力

4. 原因

事故

仕事での事故

自殺

殺人

5. 死亡の原因となった乗り物・手段

疾病コード (E800-E999)

6. けがの結果として引き起こされる

病気や合併症

疾病コード (E800-E999)

7. 事故や殺人など

時間 _____

日 _____

月 _____

年 _____

8. 事故や殺人などの場所

道路 _____

その他の場所 _____

医師または保健所名

日付

医師または医師助手の署名

第Ⅱ部

A- 市民の条件の事務的データ

- | | |
|---------|----------|
| 1. 社会集団 | 4. 自治会 |
| 2. 市区町村 | 5. 行為の記録 |
| 3. 町・村 | 6. 死の行為 |

B- 死の一般データ

- | | |
|-----------|-------------|
| 1. 性別 | 6. 家族の状況 |
| 男性 | 独身 |
| 女性 | 既婚 |
| | 離婚 |
| 2. 年齢 | 死別 |
| 3. 死亡した地域 | 7. 教育レベル |
| アルバニア領内 | 小学校（1-4年） |
| アルバニア領外 | 中学校（5-8年） |
| 4. 住居 | 高校（9-12年） |
| 社会集団 | 大学（13-16年） |
| 市区町村 | 8. 保険 |
| 町・村 | 収入なし |
| ご近所 | 国から |
| 5. 国籍 | ピヴァットセクターから |
| アルバニア | 両方のセクターから |
| ギリシャ | 別の（具体的に） |
| マケドニア | |
| モンテネグロ | |
| セルビア | |
| その他（具体的に） | |

ノート：答えに対応する正方形を X でマーク。

市民局役員

日付

Nr.

SKEDË VDEKJE D-4

VËRTETIM MJEKSOR I SHKAKUT TË VDEKJES

Emri, Atësia, Mbiemri i të vdekurit _____

Data e vdekjes: dita muaji viti

Data e lindjes: dita muaji viti

PJESA I - Çertifikata mjeksore

A - TË DHËNA MJEKSORE

<p>I. VENDI I VDEKJES</p> <p>Në shtëpi _____ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Institucion mjeksor _____ <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Të tjera _____ <input type="checkbox"/> 3 (specifiko)</p>	<p>II. KA QENË NË TRAJTIM MJEKSOR</p> <p>Po _____ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Jo _____ <input type="checkbox"/> 2</p>
---	--

III. SHKAKU I VDEKJES

<p>a-Natyrale (nëse jo kalo rubrika b)</p> <p>1. Shkaku fillestar (sëmundja që ka shkaktuar fillimin e gjendjes morbile e cila ka shkaktuar vdekjen)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>KODI I SËMUNDJES <input type="text"/></p>	<p>b-Violente</p> <p>4. Shkaku</p> <p>Aksident <input type="checkbox"/> 1 Aksid. në punë <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Vetëvrasje <input type="checkbox"/> 3 Vrasje <input type="checkbox"/> 4</p> <p>5. Mjeti ose mënyra që ka shkaktuar vdekjen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>KODI I SËMUNDJES (E800-E999) <input type="text"/></p>
<p>2. Shkaku i ndërmmjetëm ose komplikacioni (sëmundja që ka shkaktuar fillimin e gjendjes morbile e cila ka shkaktuar vdekjen)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>KODI I SËMUNDJES <input type="text"/></p>	<p>6. Sëmundja ose komplikacioni shkaktuar si pasojë e dëmtimit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>KODI I SËMUNDJES (800-E999) <input type="text"/></p>
<p>3. Shkaku përfundimtar (sëmundja që ka shkaktuar direkt vdekjen)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>KODI I SËMUNDJES <input type="text"/></p>	<p>7. Koha e aksidentit ose vrasjes etj.</p> <p>ora _____ <input type="text"/> <input type="text"/> dita _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>muaji _____ <input type="text"/> <input type="text"/> viti _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>Vula e mjekut ose qendrës shëndetësore</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Data</p>	<p>8. Vendi i aksidentit ose vrasjes etj.</p> <p>Rrugë _____ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Vende të tjera _____ <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center;">Firma e mjekut ose ndihmësmjekut</p>

PJESA II

A - TË DHËNA PËR ZYRËN E GJENDJES CIVILE QË LËSHON SKEDËN

1. Rrethi _____	<input type="text"/>	4. Lagjja _____	<input type="text"/>
2. Komuna/Bashkia _____	<input type="text"/>	5. Nr. i regjistrit të akteve _____	<input type="text"/>
3. Qyteti/Fshati _____	<input type="text"/>	6. Nr. i aktit të vdekjes _____	<input type="text"/>

B - TË DHËNA TË PËRGJITHSHME PËR TË VDEKURIN

1. Gjinia		6. Gjendja familjare	
Mashkull	<input type="checkbox"/>	1	
Femër	<input type="checkbox"/>	2	
2. Mosha		Beqar (e)	<input type="checkbox"/>
Në vite	<input type="text"/>	I (e) martuar	<input type="checkbox"/>
		I (e) ndarë	<input type="checkbox"/>
		I (e) ve	<input type="checkbox"/>
3. Territori ku ka ndodhur vdekja		7. Shkalla arsimore	
Në territorin shqiptar	<input type="checkbox"/>	1	
Jashtë territorit shqiptar	<input type="checkbox"/>	2	
4. Vendbanimi		3	
Rrethi _____	<input type="text"/>	4	
Komuna/Bashkia _____	<input type="text"/>		
Qyteti/Fshati _____	<input type="text"/>		
Lagjja _____	<input type="text"/>		
5. Kombësia		8. Burimi i sigurimit të të ardhurave	
Shqiptare	<input type="checkbox"/>	1	
Greke	<input type="checkbox"/>	2	
Maqedonase	<input type="checkbox"/>	3	
Malazese	<input type="checkbox"/>	4	
Serbe	<input type="checkbox"/>	5	
Tjetër _____	<input type="checkbox"/>	6	
(specifiko)			
		Pa të ardhura	<input type="checkbox"/>
		Nga sektori shtetëror	<input type="checkbox"/>
		Nga sektori privat	<input type="checkbox"/>
		Nga të dy sektorët	<input type="checkbox"/>
		Tjetër burim _____	<input type="checkbox"/>
		(specifiko)	

Shënime:

Shëno me X katrorin që i korrespondon përgjigjes së dhënë

V U L A

Nëpunësi i Zyrës së Gjendjes Civile

data ____ / ____ / ____