

000000000000

000000000000

州檔案號碼

死亡證明書

當地註冊號碼

死者資料	1. 死者名		2. 中間名		3. 姓		
	別名	4. 生日	5. 年齡	6. 性別			
	9. 出生地	10. 社會安全號碼	11. 是否曾在美服兵役	12. 婚姻狀況	7. 死亡日期	8. 死亡時間	
	13. 學歷	14/15 死者是否為拉丁/西班牙族裔		16. 死者族裔			
	17. 職業		18. 雇主		19. 年資		
	住址	000 xxxxxxx St. xxxxxxx, 00000		居住本地 年			
通報人		與死者關係	住址	000 xxxxxxx St. xxxxxxx, 00000			
配偶及父母資料	28. 配偶名		29. 中間名		30. 姓		
	31. 父親名		32. 中間名		33. 姓	34. 出生地	
	35. 母親名		36. 中間名		37. 姓	38. 出生地	
註冊殯葬業者	39. 殯葬日期		40. 殯葬地點				
	41. 殯葬方式		42. 殯葬人員簽名			43. 執照號碼	
	44. 殯儀館名稱		45. 執照號碼	46. 當地註冊人員簽名		47. 日期	
死亡地點	101. 死亡地點		102. 如為醫院，擇一 <input checked="" type="checkbox"/> 病房 <input type="checkbox"/> 急診室/手術檯 <input type="checkbox"/> 送醫途中		103. 如非醫院，擇一 <input type="checkbox"/> 臨終關懷 <input type="checkbox"/> 療養院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 其他		
	104. 郡縣		105. 地址		106. 城市		
死亡原因	107. 死亡原因 A. 導致死亡主因： B.		108. 是否通報法醫 是 案號：	109. 是否活體檢驗 否		110. 是否驗屍 否	
	112. 其他非導致死亡的病症：						
	113. 是否手術造成上述情況： 否						
法醫專用	119. 本人證明死亡發生的原因、日期、時間及地點 死亡方式：自然 <input checked="" type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 調查中 <input type="checkbox"/> 未定			120. 是否工傷 否	121. 受傷日期	122. 時間	
	123. 受傷地點：		124. 受傷描述：				
	125. 受傷地點：						
	126. 法醫簽名		127. 年 月 日	128. 法醫全銜			

謹此證明本文件所載均為事實

發證機關：

發證日期： 年 月 日

公共衛生部主管：