

死亡診断書（死体検案書）

UAゼンセン 福祉共済互助会

全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop）

氏名	男 昭和・平成・令和 女 年 月 日生（満 歳）		
住所	職業		
死亡日時	年 月 日 午前・午後 時 分		
死亡場所	病（医）院・自宅・その他（ ）		
死亡の原因 <small>* 直接の死因を（ア）欄に、医学的に因果関係のあったと考えられる死因を順番に（イ）欄以降に書いて下さい</small>	（ア）直接死因	医師推定発病日 又は 受傷日 <small>* 各死因の発病日を記入して下さい。</small>	年 月 日・不詳
	（イ）（ア）の原因		年 月 日・不詳
	（ウ）の原因		年 月 日・不詳
	合併症		年 月 日・不詳
	手術 無・有 { }	手術年月日	年 月 日
	解剖 無・有 { }		
死亡の種類	1. 病死及び自然死 2. 交通事故 3. 転倒・転落 4. 溺水 5. 煙、火災及び火焰による傷害 6. 窒息 7. 中毒 8. 不慮の外因死 9. その他（ ） 外因死 { その他及び不詳の外因死 10. 自殺 11. 他殺 12. その他及び不詳の外因 } 13. 不詳の死		
外因死の追加事項	傷害発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分	
	傷害発生場所		
	手段及び状況	事故時の飲酒（有・無・不詳）	
今回の傷病に関する前医・紹介医（有・無）	病（医）院名 医師名 （治療期間 年 月～ 年 月）	既往症（有・無） 傷病名 病（医）院名 （治療期間 年 月～ 年 月） 治療・不詳	
上記傷病に関わる入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日		
発病から初診までの症状経過		初診時の所見・治療経過（他覚的所見・検査結果の状況を含む）	
患者申告の症状発現時期（ 年 月 日頃・不詳）		初診日： 年 月 日	
本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖その他の事項			
上記の通り診断（検案）する。		診断（検案）年月日 年 月 日 所在地 本診断書（検案書）発行年月日 年 月 日 病（医）院名 担当科（ ） 電話（ ） 医師名 ㊟	