

附件 2

居民死亡医学证明（推断）书

山东省 _____ 市 _____ 县(市、区)

行政区划代码

编号:

死者姓名		性别	<input type="checkbox"/> 1男, 0未知的性别 2女, 9未说明的性别	民族		国家或地区		年龄		婚姻状况	<input type="checkbox"/> 1未婚, 2已婚, 3丧偶 4离婚, 9未说明	生前最高诊断疾病部位	<input type="checkbox"/> 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		
有效身份证件类别	<input type="checkbox"/> 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		文化程度	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	死亡地点	<input type="checkbox"/> 1医疗卫生机构, 2来院途中, 3家中, 4养老机构, 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	<input type="checkbox"/> 1是, 2否	生前最高诊断疾病	<input type="checkbox"/> 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
出生日期	年 月 日	文化程度		个人身份		国家或地区		年龄		婚姻状况		生前最高诊断疾病部位			
死亡日期	年 月 日	死亡地点		死亡时是否处于妊娠期 或妊娠终止后42天内		1是, 2否		生前最高诊断疾病		生前最高诊断疾病		生前最高诊断疾病			
生前工作单位		户籍地址		常住地址		医师签名		可联系的家庭成员姓名		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			医疗机构卫生盖章		填表日期: 年 月 日		(以下由编码人员填写)根本死亡原因:			
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, 但与导致死亡无头的其他重要情况)								ICD编码:							

第一联 填写单位留存

居民死亡医学证明（推断）书

行政区划代码

编号:

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

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。

第二联 公安机关保存

居民死亡医学证明（推断）书

行政区划代码

编号:

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

注: ①死者家属持此联到公安机关盖章; 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。

第三联 死者家属保存

居民死亡殡葬证

行政区划代码

编号:

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

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。

第四联 殡葬管理部门保存

死亡调查记录

(此页为第一联反面)

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、死者身份证和/或户口簿、生前病史卡。						

说明：

- 1、请在性别、有效身份、证件类别、婚姻状况、文化程度、个人身份、死亡地点、是否处于妊娠期相应方框内直接填写代码即可。
- 2、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）。
- 3、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。
- 4、实足年龄：按照周岁填写。如为婴儿，应填写实际存活的月、日、小时。
- 5、致死的主要疾病诊断可分两部分报告：在第I部分（a）中填写最后造成死亡的那个疾病诊断或损伤、中毒的临床表现，如肺心病、脑出血、颅骨骨折（不要填写呼吸、循环衰竭等情况）；（b）中填写引起（a）的疾病或情况，如肺气肿、高血压、损伤中毒的外部原因（骑自行车与汽车相撞、跳楼自杀等）；（c）中填写引起（b）的疾病或情况，如慢性支气管炎。在第II部分中填写那些与第I部分无关，但促进了死亡的其他疾病或情况。
- 6、疾病的最高诊断单位：一般指死前主要疾病的最后诊断单位，也可填写在第I部分（a）中报告的疾病的最高一级诊断单位。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。
- 7、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。