

死 亡 届

令和 年 月 日 届出 長 殿	受 理 令 和 年 月 日					
	第 号					
	書類調査	戸籍記載	記載調査	調査票	附 票	住 民 票
(1) (フ リ ガ ナ)						
(2) 氏 名	氏	名	□男	□女		
(3) 生 年 月 日	年 月 日	(生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください)	□午前	時 分		
(4) 死亡したとき	令 和 年 月 日	□午前	時 分	□午後		
(5) 死亡したところ	番地 番号					
(6) 住 所 (住民登録をしているところ)						
(7) 本 種 (外国人のときは、国籍だけを書いてください)	番地 番					
(8) (9) 死亡した人の夫または妻	□いる(満 歳) いない(□未婚 □死別 □離別)					
(10) 死亡したときの世帯のおもな仕事と	<input type="checkbox"/> 1. 農業だけまたは農業とその他の仕事を持っている世帯 <input type="checkbox"/> 2. 自由業・商工業・サービス業等を個人で経営している世帯 <input type="checkbox"/> 3. 企業・個人商店等(官公庁は除く)の常用勤労者世帯で勤め先の従業者数が1人から99人までの世帯(日々または1年未満の契約の雇用者は5) <input type="checkbox"/> 4. 3にあてはまらない常用勤労者世帯及び会社団体の役員の世帯(日々または1年未満の契約の雇用者は5) <input type="checkbox"/> 5. 1から4にあてはまらない他の仕事をしている者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 6. 仕事をしている者のいない世帯					
(11) 死亡した人の職業・産業	(国勢調査の年…年…の4月1日から翌年3月31日までに死亡したときだけ書いてください)					
	職業	産業				
そ の 他						
届 出 人	<input type="checkbox"/> 1. 同居の親族 <input type="checkbox"/> 2. 同居していない親族 <input type="checkbox"/> 3. 同居者 <input type="checkbox"/> 4. 家主 <input type="checkbox"/> 5. 地主 <input type="checkbox"/> 6. 家屋管理人 <input type="checkbox"/> 7. 土地管理人 <input type="checkbox"/> 8. 公設所の長 <input type="checkbox"/> 9. 後見人 <input type="checkbox"/> 10. 保佐人 <input type="checkbox"/> 11. 補助人 <input type="checkbox"/> 12. 任意後見人 <input type="checkbox"/> 13. 任意後見受任者					
住 所						
本 種	番地 番	筆頭者 の氏名				
署 名 (※押印は任意)	印	年 月 日 生				
事件簿番号						

死亡診断書(死体検案書)

この死亡診断書(死体検案書)は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

氏 名	1 男 2 女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 令和 (生まれてから30日以内に死亡したとき (または生まれた時刻も書いてください))	年 月 日 午前・午後 時 分
死亡したとき	令 和 年 月 日 午前・午後 時 分			
(12) 死亡したところ 及びその種別	死亡したところの種別	1 病院 2 診療所 3 介護医療院・介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他		
(13) 施設の名称	死亡したところ	番地 番号		
(14) 死亡の原因	(ア) 直接死因 ◆ I 欄、II 欄とともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください。 I (イ) (ア)の原因 (ウ) (イ)の原因 (エ) (ウ)の原因 II 直接には死因に関係しないが I 欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等 ◆ I 欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	発病(発症) 又は受傷か ら死亡まで の期間 ◆ 年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例: 1年3ヶ月、5時間20分)		
(15) 死因の種類	1 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 6 室息 7 中毒 8 その他 その他及び不詳の外因死 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 12 不詳の死	令 和 年 月 日 平成 年 月 日 昭和		
(16) 外因死の追加事項	傷害が発生したとき 傷害が発生したところの種別 傷害が発生したところ 手段及び状況	令 和 年 月 日 平成 年 月 日 昭和 年 月 日 都道府県 郡 町村		
(17) 生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重 グラム 1 単胎 2 多胎 (子中第 子) 妊娠・分娩における母体の病態又は異状 1 無 2 有 3 不詳	妊娠週数 満 週 母の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日 前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)		
(18) その他特に付言すべきことがら	上記のとおり診断(検案)する (病院、診療所、介護医療院若しくは 介護老人保健施設等の名称及び所在 地又は医師の住所)			診断(検案)年月日 令 和 年 月 日 本診断書(検案書)発行年月日 令 和 年 月 日 番地 番 号
(19)	(氏名) 医師			

記入の注意

→ 生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコ付けて書いてください。

→ 夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

→ 「老人ホーム」は、義理老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

→ 死亡したところの種別で「3 介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称で統一して、介護医療院・介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

→ 傷病名等は、日本語で書いてください。
I 欄では、各傷病について
・発病の型(例: 急性)
・病因(例: 病原体名)
・部位(例: 胃噴門部がん)
・性状(例: 病理組織型)等もできるだけ書いてください。

→ 妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。
産後1年未満の死亡の場合には「妊娠満何週、産後満何日」と書いてください。

→ I 欄及びII 欄に関係した手術について、術式及びその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付けて書いてください。

→ 「2 交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。
「5煙、火災及び火炎による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

→ 「1 住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

→ 傷害がどういう状況で起こったかを具体的に書いてください。

→ 妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。
母子健康手帳等を参考に書いてください。

→ 氏名の欄には、医師本人が署名してください。
記名押印は原則不可です。