***“비공식 번역본”***

(로고)

ㅇㅇㅇㅇ 병원

**사망원인 의료확인서**

월/연도 : 사망기록일련번호 :

병원 이름 : 의료기록번호 :

병원 코드 :

1. **사망자 신원정보**
2. 성명 :
3. 주민번호 : 가족카드 번호 :
4. 성별 : 1. 남성 2. 여성
5. 출생지/생년월일 : 일 월 년
6. 종교 :
7. 거주지 주소 : 길 번지 RT/RW

면 읍

시/군 우편번호 전화

1. 거류신분 : 1. 주민 2. 비주민
2. 세대주와의 관계 : 1. 세대주 2. 남편/부인 3. 자녀 4. 사위/며느리

5. 손자/손녀 6. 부모/배우자의 부모 7. 기타 가족

8. 가정부 9. 기타

9a. 사망시간 : 일 월 년 , 시 분

9b. 사망시 나이 : 세

1. 사망장소 : 1. 병원; 진료기간 시간(1일 미만)/ 일

2. DoA/응급실 3. 기타

**II. 사망원인**

1. 진단근거
2. 주요 진단 : ICD-X코드
3. 부수 진단 : ICD-X코드
4. 사망원인군 (한 개 선택):

**질병/장애 상해\*\*)**

1. 특수질병\*) 7. 교통사고

2. 전염병 8. 산업 재해

3. 비전염성 질병 9. 기타 상해

4. 모성장애(임신/출산/산후출혈)

5. 주산기 장애

6. 기타 증상/상태

1. **주택에서 사망 혹은 기타사건 관련 정보 (도착시사망DoA 포함)**

1. 검시인 성명 : ; 검시인 자격 : ①. 의료 2. 준의료

2. 검 시 시 간 : 일 월 년 시간 :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , 20 년 월 일

인수자 측 확인 제공 의사

성명 (서명) (인장) 성명 (서명)

고인과의 관계 친척 직책&인장 446.1/0898/DPMPTSP/OL2019

\*) 시신에 특별 조치 필요함

\*\*) 사망원인이 상해인 경우 표준절차 진행완료 후 사망원인 의료확인서 서식을 기입한다.

번역인 :

서명 :