사망진단서(시체검안서)

※ []에는 해당되는 곳에 "✓" 표시를 합니다.

등록번호	연번호	원본 대조필인	
① 성 명			② 성 별 []남[]여
③ 주민등록번호	-	④ 실제생년월일	년 월 일 ⑤ 직 업
⑥ 주 소			
⑦ 발 병 일 시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)		
⑧ 사 망 일 시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)		
⑨ 사 망 장 소	주소		
	장소	☐ 주택 ☐ 의료기관 ☐ 사회복지시설(양로원, 보육원 등) ☐ 공공시설(학교, 운동장 등) ☐ 도로 ☐ 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) ☐ 산업장 ☐ 농장(논밭, 축사, 양식장 등) ☐ 병원 이송 중 사망 ☐ 기타()	
⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라)에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적용합니다.	(가)	직접 사인	발병부터 사망까지의 기간
	(나)	(가)의 원인	
	(다)	(나)의 원인	
	(라)	(다)의 원인	
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황		
	수술의사의 주요소견		수술 연월일
해부의사의 주요소견			
⑪ 사망의 종류	☐ 병사 ☐ 외인사 ☐ 기타 및 불상		
⑫ 외인 사 사항	사고 종류	☐ 운수(교통) ☐ 중독 ☐ 추락 ☐ 의도성 여 부 ☐ 익사 ☐ 화재 ☐ 기타()	☐ 비의도적 사고 ☐ 자살 ☐ 타살 ☐ 미상
	사고발생 일시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)	
사 사고 발생 장소	주소		
	장소	☐ 주택 ☐ 의료기관 ☐ 사회복지시설(양로원, 보육원 등) ☐ 공공시설(학교, 운동장 등) ☐ 도로 ☐ 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) ☐ 산업장 ☐ 농장(논밭, 축사, 양식장 등) ☐ 기타()	

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제10조에 따라 위와 같이 진단(검안)합니다.

년 월 일

의료기관 명칭 :
주소 :

의사, 치과의사, 한의사 면허번호 제 호

성 명: (서명 또는 인)

유의사항

사망신고는 1개월 이내에 관할 구청·시청 또는 읍·면·동사무소에 신고하여야 하며, 지연 신고 및 미신고 시 과태료가 부과됩니다.