

## 臺中市新社區衛生所行政相驗申請書

申請時間：      年      月      日      時      分

編號：       

申請人請詳閱下列規定，並確認有無下列情形，如因果關係上有懷疑或確定下列情形，屬司法相驗情形，應報請檢察單位相驗。

### 一、法規依據

- (一)依《醫療法第 76 條》、《醫師法第 16 條》、《刑事訴訟法第 218 條》：如遇非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。
- (二)明知死者非自然死亡，涉及傷害或殺人刑事案件，卻故意隱匿犯罪證據，可能涉及《刑法》165 條湮滅刑事證據罪(偽造、變造、湮滅或隱匿關係他人刑事被告案件之證據)，可處兩年以下有期徒刑。
- (三)《社會秩序維護法第 65 條》：對於非病死或可疑為非病死或來歷不明之屍體，未經報請相驗，私行殮葬或移置者，處三日以下拘留或新臺幣一萬八千元以下罰鍰。

### 二、請勾選確認有無下列屬司法相驗之情事：

- 因意外的事故(含災害/災難)，主觀、客觀上認為直接或間接導致死亡：  
如溺水、窒息、潛水夫病、跌倒、中暑、落雷；風災、水災、震災、旱災、寒害、土石流災害；火災、爆炸、公用氣體與油料管線、輸電線路災害(觸電)、礦災、空難、海難、陸上交通事故、森林火災、毒性化學物質災害；蟲害/蟲傷…等。
- 大體相驗時已有明顯外傷(含不明針孔)，疑似外力/外來因素…導致死亡。
- 自殺或疑似自殺；他殺或疑似他殺；自殘病史，例如：割腕、刎頸、上吊、燒炭/車廢氣、服用或接觸藥/毒/化學物質、墜樓、鬥毆、兇殺、虐死、刀槍…等。
- 死亡過久之遺體，非經科學檢驗無法推斷死亡時間及死亡原因者。
- 懷疑醫療行為衍生之死亡案件：如藥物注射後死亡、麻醉後死亡、手術中或手術後死亡、分娩所造成之不預期之死亡，恐生醫療糾紛等案件。
- 平時無就診病史，突然、非預期或無法解釋之死亡，覺得有疑義。
- 懷疑近期或過去的道路交通事故(自撞或他撞)與相關後遺症而死亡。
- 中毒及其相關後遺症而死亡。
- 職業災害：職業傷害(工安意外)或職業疾病及其相關後遺症而導致死亡。
- 有家族財務紛爭、保險給付紛爭、家屬照護責任爭議，須經科學檢驗大體者。
- 家屬要申請意外險(意外身故)者、或其他保險需要有明確死亡原因者。
- 有吸毒、酗酒病史者。
- 身分不明之死者、失蹤人之屍體。
- 往生者身分為：刑事訴訟當事人、軍人、受刑人、更生受保護人、少年矯正的學生、被拘留人、羈押的被告、捐贈人體器官的屍體。
- 認為死亡與護理、老人福利機構的照護人員其疏失或延誤就醫有關係。
- 診斷未明且死於送醫途中(OHCA) 或認為送醫途中的消防急救人員有疏失。
- 醫療院所醫療人員或家屬或利害關係人對死因有疑問。
- 其他：\_\_\_\_\_。

※如醫師於親自檢驗屍體後，發現有可疑非病死之情形，仍需依規報請檢察單位依法相驗。

以上內容係申請人未有受強暴、脅迫、引誘等情事，依照事實真實陳述並親自閱讀無誤後簽章。

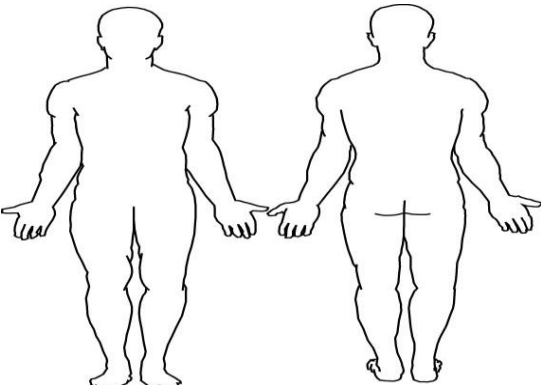
(關係：      )、      (關係：      )

(關係：      )、      (關係：      )

請備齊：往生者相關 疾病診斷書、病歷摘要、身分證明文件、護理紀錄、門診紀錄

### 行政相驗病歷

往生者姓名		性別	男 女	身分證號碼	
往生者戶籍	市(縣)      區(鄉鎮市)	村      鄰	街      段	巷      號	之
出生年月日時	民國 <input type="checkbox"/> 前 / <input type="checkbox"/> 後      年      月      日      時      分(24 小時制)				
(出生後未滿 24 小時死亡者需填寫時間)					

死亡時間	民國 年 月 日 時 分(24小時制) ( <input type="checkbox"/> 醫院診治無效宣布; <input type="checkbox"/> 到院前死亡; <input type="checkbox"/> 從醫院或_____瀕死留一口氣回家; <input type="checkbox"/> 在家床上 或在_____死亡:目擊者: _____ , ID: _____ ; 目擊者: _____ , ID: _____ )
死亡地點及場所	_____ 市(縣) _____ 區(鄉鎮市) _____ 村 鄰 _____ 街 段 _____ 巷 _____ 號之 _____ 里 _____ 路 _____ 弄 ① <input type="checkbox"/> 醫院 ② <input type="checkbox"/> 診所 ③ <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 ④ <input type="checkbox"/> 住居所 ⑤ <input type="checkbox"/> 其他_____
相驗發現 年 月 日 時 分(24小時制)	
1. 辨認往生者身分正確: <input type="checkbox"/> 是, 依: <input type="checkbox"/> 身分證或其他證件 <input type="checkbox"/> 家屬指認 <input type="checkbox"/> 相片 2. 為死亡第一現場? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否: 位置_____ 誰發現: _____。 3. 派出所警員已經來過死亡現場調查過排除自殺/他殺/意外死亡狀況: <input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 是, : _____ 派出所 _____ 警員。 4. 相驗時, 大體已經被搬動或置入冰箱: <input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 是: 約_____小時_____天 5. 已經被家屬/禮儀社化妝換服: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6. 現場有無遺留可疑的物品/藥物: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 說明: _____。 7. 相驗時有就診的醫療院所證明: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 8. 相驗時大體有明顯外傷/可疑致死痕跡: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 繪於下方人形圖。 備註: _____ 9. 死亡前的最近病史描述: _____	
	
死亡原因與方式: 如附件”死亡證明書”備份內容所登載.	
家屬對上述有無異議: <input type="checkbox"/> 無。 <input type="checkbox"/> 有, 簡述: _____。	
臺中市新社區衛生所, 醫師姓名(簽名+蓋章): _____ 申請人姓名與聯絡電話: _____ /手機或市話: _____ 與亡者之關係: _____ 申請份數: _____ 份, 家屬簽名: _____ , 陪同人員(管區警察)簽名: _____ 其他願意擔保以上無誤之人具結簽名: _____ , _____ , _____	