臺中市后里區衛生所 行政相驗申請書

申請時間：　年　月　日　時　分　　編號：

申請行政相驗，請確定有無下列情形：

□ 有下列情形:應報請司法相驗--

依醫療法第 76 條：醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。

□意外事故：如交通、溺水、窒息、潛水夫病、跌倒、火災、中暑、落雷、觸電等意外事故或大體上已有明顯外傷者

□自殺：自縊、燒炭、汽車廢氣、服藥自殺等

□他殺：兇殺、鬥毆、虐死等

□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

□因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

□診斷未明且死於送醫途中(OCHA)，家屬對死因有疑問

□車禍及其相關後遺症

□中毒及其相關後遺症

□工安意外及其相關後遺症

□有家族財務紛爭、保險給付紛爭或家屬照護責任爭議，須經科學檢驗大體者

□有吸毒、酗酒病史者

□往生者為刑事訴訟之當事人

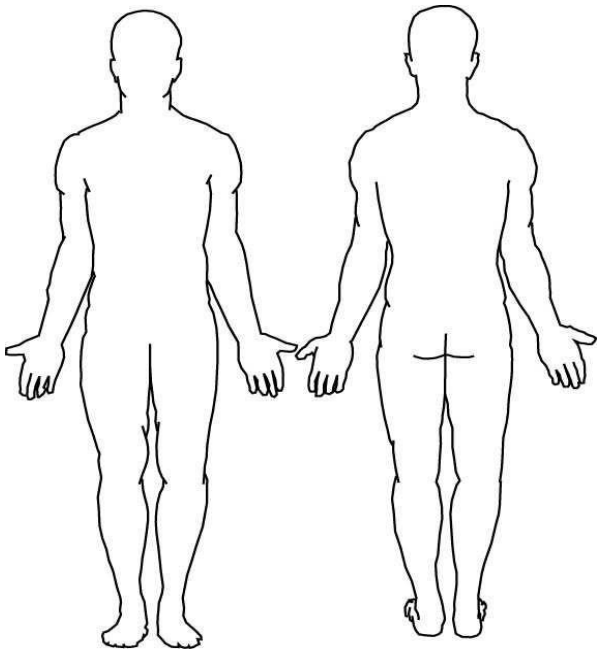
□無,請家屬具結：＿＿＿＿＿＿＿＿(與往生者關係:＿＿＿＿＿＿＿＿)保證絕無上開屬司法相驗之情形，如為不實之陳述以致製作不實之公文書，願負法律責任。

請備齊：往生者生前相關疾病診斷書、病歷摘要、身分證明文件

申 請 者 填 寫							
往生者姓名		性別		國民身分證統一號碼			
往生者戶籍	市(縣)	區(鄉鎮市)	村 里	街 路	段	巷	號之
出生年月日時	民國　年　月　日 （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　上午□ 下午□　時　分						
死亡地點及場所	市(縣)	區(鄉鎮市)	村 里	街 路	段	巷	號之
	□醫院　□診所　□長期照護或安養機構　□自宅　□其他						
往生者職業	在何處工作從事何種行業			擔任何種工作及職務			
懷孕情形 (如死者為女性)	□於過去一年未懷孕　□懷孕中死亡　電話: □懷孕終止或結束之 42 天內死亡　□懷孕終止或結束後 43 天至 1 年內死亡 □不清楚過去一年是否懷孕						

相驗發現

相驗單位填寫



死亡原因：直接引起死亡之疾病或傷害：

甲、

先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)

乙、 (甲之原因)：

丙、 (乙之原因)：

丁、 (丙之原因)：

其他對於死亡有影響之疾病或身體狀況（但與引起死亡之疾病或傷害無直接關係者）

衛生所醫師姓名：

年 月 日 時 分

衛生所(醫療院所)電話：０４－25562048　家屬對上述有無異議：□有 □無

申請份數： 份

家屬簽名：

陪同人員（管區警察）簽名：