

臺中市 大安 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)。
- 醫療院所或家屬對死因有疑問。
- 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。

1. 簽名：_____ (關係：_____)、電話：_____

2. 簽名：_____ (關係：_____)、電話：_____

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	里 路 弄		
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"/> 宣布 <input type="checkbox"/> 到院前死亡 <input type="checkbox"/> 留一口氣)				
死亡地點及場所	市(縣) 區(鄉鎮市) 村 鄰 街 段 巷 號之				
	里 路 弄				
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	

往生者懷孕(女性)或婚姻情形

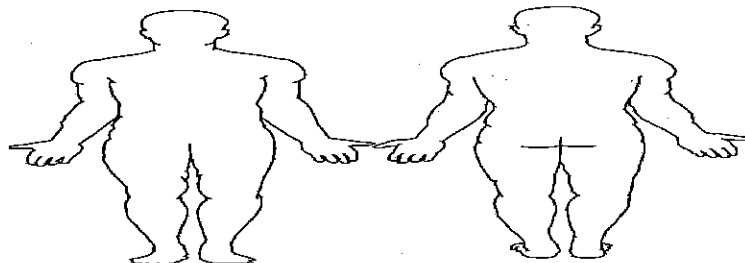
於過去一年未懷孕 懷孕中死亡
懷孕終止或結束之42天內死亡 懷孕終止或結束後43天至1年內死亡
不清楚過去一年是否懷孕 未婚 已婚 離婚 配偶死亡 不詳

相驗發現 年 月 日 時 分(24小時制)

1. 辨認往生者身分正確: 是, 依: 身分證 家屬指認
2. 為死亡第一現場? 是 否: 位置 _____ 誰發現: _____
3. 相驗時, 大體已經被搬動或置入冰箱: 是 否
4. 已經被家屬/禮儀社化妝換服: 是 否
5. 現場有無遺留可疑的物品/藥物: 否 是, 說明: _____
6. 相驗時有就診的醫療院所證明: 是 否
7. 相驗時大體有外傷/可疑致死痕跡: 否 是, 繪於下方人形圖。

備註: _____

8. 死亡前的最近史描述:



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)

家屬對上述有無異議: 無。

有, 簡述: _____。

臺中市大安區衛生所/ _____ 醫療院所, 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: _____

排除意外險請領切結書

本人_____與往生者關係為_____，

依醫療法施行細則第 53 條向臺中市大安區衛生所請領死亡證明書。

本人保證除提具之相關病歷摘要所述之疾病資料外，並無意外事故及其所生之後遺症存在。倘作虛偽之陳述，影響臺中市大安區衛生所死亡證明書製作之正確性，致使日後請領意外保險權力受損，或有家族財產紛爭，本人願負所有法律責任；所有繼承人亦不得對臺中市政府及其所屬單位主張侵權賠償。

此致

臺中市大安區衛生所

具結人：

身分證號：

中華民國

年

月

日