台中市沙鹿區衛生所行政相驗申請書

 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。

1. 法規依據
2. 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。
3. 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。
4. 《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台幣一萬八千以下罰緩。
5. 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)，主觀或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、洛雷；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、路上交通事故、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(含不名針孔)，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或死亡原因者。

 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

 之不預期死亡，恐生醫療糾紛等案件。

 平時無就診病史，突然或非預期或無法解釋之死亡，覺得有疑義者。

 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者。

 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。

 有家族財務糾紛、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，仍須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、威脅、引誘等情事，依照事實真實陳述並親自閱讀無誤後簽名

 (關係： ) 、 (關係： )

 (關係： ) 、 (關係： )

請備齊：往生者身分證明文件、相關疾病診斷書、病歷摘要、護理紀錄、門診紀錄等

排除意外險請領切結書

本人 為往生者 之 ，依醫療法施行細則第53條向**臺中市沙鹿區衛生所**請領死亡證明書。

本人保證除陳述之疾病資料外，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**臺中市沙鹿區衛生所**死亡證明書製作之正確性，致使日後請領意外保險權利受損，或有家族財產糾紛，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**臺中市沙鹿區衛生所**

具結人：

身分證字號：

中華民國 年 月 日

行 政 相 驗 病 歷

|  |
| --- |
| 往生者姓名： 性別： 男 女 身分證字號： |
| 往生者戶籍 |  市(縣) 區(鎮鄉市) 里(村) 鄰 路(街) 段  巷 弄 號之 |
| 出生時間 | 民國 前 後 年 月 日 時 分(24小時制)(出生未滿24小時內死亡者須填寫時間) |
| 死亡時間 | 民國 年 月 日 時 分(24小時制) 宣布 到院前死亡 留一口氣 |
| 死亡地點與場所 |  市(縣) 區(鎮鄉市) 里(村) 鄰 路(街) 段  巷 弄 號之 同上 |
| 往生者職業 | 在何處工作/從事何種行業 | 擔任工作或職務 |
|  |  |
| 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 懷孕終止或結束後第43天致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： ，發現者： 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. 場有無遺留可疑的物品/藥物： 是，說明： 否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： 是，繪於下方人形圖 否備註： 死亡前最近病史描述： 死亡原因：直接引起死亡之疾病或傷害：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)  |
| 家屬對上述有無意義： 無 有，簡述： |
| 相驗醫師： 申請人姓名： 連絡電話： 與亡者的關係關係： 申請份數： 份 陪同人員(管區警員)簽名： |