

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。

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台幣一萬八千以下罰鍰。

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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 宣布 <input type="checkbox"/> 到院前死亡 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	於過去一年未懷孕		<input type="checkbox"/>	懷孕中死亡
	<input type="checkbox"/>	懷孕終止或結束之 42 天內死亡		<input type="checkbox"/>	懷孕終止或結束後第 43 天致 1 年內死亡
	<input type="checkbox"/>	不清楚過去一年是否懷孕		<input type="checkbox"/>	未婚
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	已婚
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	離婚
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	配偶死亡
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	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： <input type="checkbox"/> 是，依 <input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 家屬指認					
2. 為死亡第一現場？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否：位置：_____，發現者：_____					
3. 相驗時，大體已經被搬動或置入冰箱： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
4. 已經被家屬/禮儀社化妝換服： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
5. 場有無遺留可疑的物品/藥物： <input type="checkbox"/> 是，說明：_____ <input type="checkbox"/> 否					
6. 相驗時有就診的醫療院所證明： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
7. 相驗時大體有外傷/可疑致死痕跡： <input type="checkbox"/> 是，繪於下方人形圖 <input type="checkbox"/> 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：					
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) _____					
家屬對上述有無意義： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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：_____					