

## 臺中市東勢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、家屬照護責任爭議，須經科學檢驗大體者。

家屬要申請意外險者、或其他保險需要有明確死亡原因者

有吸毒、酗酒病史者。

往生者為刑事訴訟之當事人。

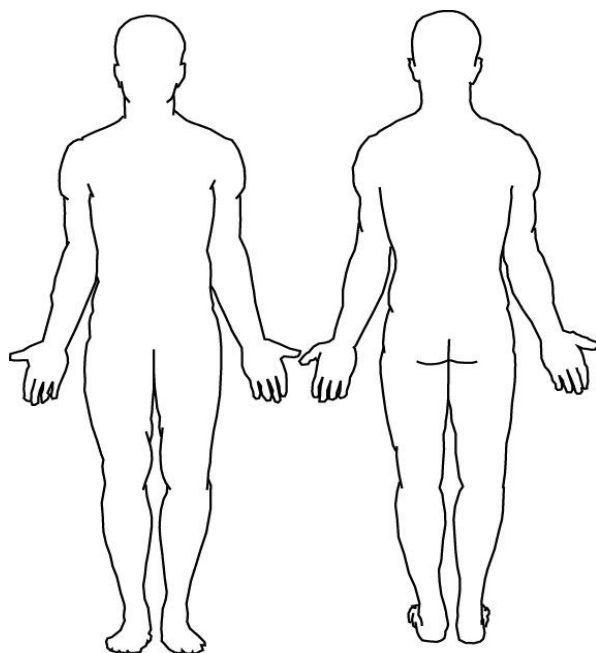
無，請家屬具結：\_\_\_\_\_（與往生者關係：\_\_\_\_\_）保證絕無上開屬司法相驗之情形，如為不實之陳述以致製作不實之公文書，願負法律責任。請備齊：往生者生前相關疾病診斷書、病歷摘要、身分證明文件

### 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 段 巷 弄	號之
出生年月日時	民國	前 <input type="checkbox"/> 國 <input type="checkbox"/>	年 月 日	上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>	時 分
(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 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>	時 分
死亡地點及場所	市(縣)	區(鄉鎮市)	村里	街 段 巷 弄	號之
	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"/> 自宅 ⑤ <input type="checkbox"/> 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	
往生者懷孕(女性)或婚姻情形	① <input type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕 ② <input type="checkbox"/> 懷孕中死亡				
	③ <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之 42 天內死亡 ④ <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後 43 天至 1 年內死亡				
⑤ <input type="checkbox"/> 不清楚過去一年是否懷孕					
<input type="checkbox"/> 未婚, <input type="checkbox"/> 已婚, <input type="checkbox"/> 離婚, <input type="checkbox"/> 配偶死亡, <input type="checkbox"/> 不詳					

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

東勢衛生所(醫療院所)電話：04-25873872 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：