

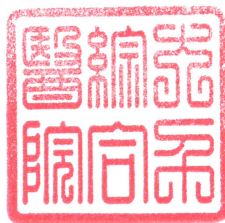
死亡證明書

病歷號碼：201742

死亡證字：111120353

證明書開具單位填寫

(一)姓名	劉正平	(二) ☒ 男 性別 ☐ 女	(三)	本國籍	☒ ①國民身分證統一編號	K100977935
				外國籍	☐ ②護照號碼	
					☐ ③居留證統一證號	
(四)戶籍地址	苗栗縣公館鄉福德村8鄰福德119號					
(五)出生時間	民國 ☐ 前 ☒ 國 參拾柒 年 壹 月 柒 日 柒 時 分 (出生後未滿 24 小時死亡者需填寫時分)					
(六)死亡時間	民國 壹佰壹拾壹 年 拾貳 月 伍 日 柒 時 參拾貳 分					
(七)死亡地點及場所	苗栗縣苗栗市恭敬路 36 號 ☒ 醫院 ☐ 診所 ☐ 長期照護或安養機構 ☐ 住居所 ☐ 其他					
(八)死亡方式	☒ 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) ☐ 意外死 ☐ 自殺 ☐ 他殺 ☐ 不詳					
(九)死亡者行職業	☐ 在何處工作從事何種行業			☐ 擔任何種工作及職務		
				Y Y(其他)		
(十)懷孕情形(如死者為女性)	☐ 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					
(十一)死亡原因：(儘量不要填寫症狀或死亡當時之身體狀況：如心臟衰竭、身體衰弱)					發病至死亡概略時間	
1. 直接引起死亡之疾病或傷害：						
甲、 <u>敗血性休克</u>						
先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)						
乙、 <u>(甲之原因) 急性呼吸衰竭</u>						
丙、 <u>(乙之原因) 肺炎</u>						
丁、 <u>(丙之原因)</u>						
2. 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)						
<u>失智症</u>						
以上事實確無訛特此證明						☐ 依戶籍法第 14 條及死亡資料通報辦法第 4 條規定網路傳輸
醫師姓名：陳信如 						
證書字號：025626						
醫院(診所)名稱：大千綜合醫院						
開業執照字號：府衛醫字第1535010051號						
醫療院所代碼：1535010051						
院所地址：苗栗市恭敬路 36 號						
中華民國 壹佰壹拾壹 年 拾貳 月 陸 日						



註：死因將來如發現錯誤，惟錯誤係在當時難以避免情況下發生時，診斷者不負法律上之責任。

注意事項：一、請於死亡事件發生 30 日內，攜此證明向任一戶政事務所辦理死亡登記，以免逾期受罰。

二、為避免承受不必要的繼承債務，宜注意在法律規定時間內向法院聲請辦理拋棄繼承。