


死亡證明書

病歷號碼: 30819545
死亡證字: 11201-047

證明書開具單位填寫

(一)姓名	林寶鳳	(二)性別	女	(三)	本國籍	國民身分證統一編號	T201793290
					外國籍	護照號碼	
						居留證統一證號	
(四)戶籍地址	台南市西港區慶安里28鄰新興街15巷1號四樓之5						
(五)出生時間	民國 38 年 04 月 25 日 (出生後未滿24小時死亡者需填寫時分)						
(六)死亡時間	民國 112 年 01 月 17 日 10 時 54 分						
(七)死亡地點及場所	台南市佳里區佳興里佳里興606號						
	<input checked="" type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 <input type="checkbox"/> 住居所 <input type="checkbox"/> 其他						
(八)死亡方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) <input type="checkbox"/> 意外死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 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		
	空白				空白		
(十)懷孕情形(如死者為女性)	<input checked="" 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43天至1年內死亡 <input type="checkbox"/> 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、心包膜填塞							
先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)							
乙、(甲之原因) 心包膜積液							
丙、(乙之原因)							
丁、(丙之原因)							
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)							
冠狀動脈疾病							
以上事實確無訛特此證明 醫師姓名：曾冠叡 證書字號：醫字第054375號 醫院(診所)名稱：奇美醫療財團法人佳里奇美醫院 開業執照字號：南市衛院字第1105050012號 醫療院所代碼：1105050012 院所住址：台南市佳里區佳興里佳里興606號 中華民國 壹佰壹拾貳 年 壹 月 壹拾柒 日						<input type="checkbox"/> 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	
 							

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。