

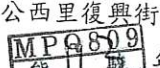




病歷號碼: 1903783

死亡證字: 39003187

死亡證明書

證明書開具單位填寫

(一)姓名	何振源	(二)性別: 男	(三)	國民身分證統一編號	Q100117737
				護照號碼	
				居留證統一證號	
(四)戶籍地址	新北市林口區東勢里3鄰麗園一街5號十五樓之4				
(五)出生時間	民國參拾捌年捌月參拾壹日 (出生後未滿24小時死亡者需填寫時間)				
(六)死亡時間	民國壹佰壹拾參年壹月參拾壹日上午肆時肆拾參分				
(七)死亡地點及場所	桃園市龜山區復興街5號 長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院				
	<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		
	無業		無業		
(十)懷孕情形(如死者為女)	<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的身體狀況:如心臟衰弱,身體衰弱)					
1. 直接引起死亡之疾病或傷害:					
甲. 呼吸衰竭					
先行原因:(若有引起上述死因之疾病或傷害)					
乙.(甲之原因): 敗血症					
丙.(乙之原因): 肺炎					
丁.(丙之原因): 褥瘡					
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) 末期腎臟病					
				發病至死亡之概略時間	3小時
					7天
					15天
					30天
以上事實確無訛特此證明 醫師姓名:  證書字號:  醫院(診所)名稱: 長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院 開業執照字號: 桃衛醫字第1132070011號 醫療院所代號: 1132070011號 院所地址: 333 桃園市龜山區公西里復興街5號 中華民國  年  月  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					

註一 1. 本證明書未蓋本院印信或未填明國民身分證號碼(軍人填明兵籍號碼)者,均屬無效。

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, 醫師不負法律上之責任。

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。