**臺中市新社區衛生所行政相驗申請書**

**申請時間：　　 年　 　月 　　日　 時　 　分　　　　　　　　　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臺幣一萬八千元以下罰鍰。****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、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、落雷; 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、陸上交通事故、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(含不明針孔),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及死亡原因者。****□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之死亡，恐生醫療糾紛等案件。****□平時無就診病史，突然、非預期或無法解釋之死亡，覺得有疑義。****□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。****□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(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) 或 認為送醫途中的消防急救人員有疏失。****□醫療院所醫療人員或家屬或利害關係人對死因有疑問。****□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。****※如醫師於親自檢驗屍體後，發現有可疑非病死之情形，仍需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、脅迫、引誘等情事，依照事實真實陳述並親自閱讀無誤後簽章。** **(關係: ) 、 (關係: )** **(關係: ) 、 (關係: )****請備齊：往生者相關疾病診斷書、病歷摘要、身分證明文件 、護理紀錄、門診紀錄** |
| **行 政 相 驗 病 歷** |
| 往生者姓名 |  | 性別 | 男 女 | 身分證號碼 |  |
| 往生者戶籍 |  | 市(縣) |  區(鄉鎮市) |  村 鄰 里 | 街 | 段 | 巷 | 號之 |
| 路 |  | 弄 |  |
| 出生年月日時 | 民國□前/ □後 年 月 　日 時 分(24小時制)(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 時 　分(24小時制) (□醫院診治無效宣布; □到院前死亡; □從醫院或\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_瀕死留一口氣回家;□在家床上 或 在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_死亡:目擊者: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , ID:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 目擊者: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , ID:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| 死亡地點及場所 |  |  市(縣) |  區(鄉鎮市)  |  村 鄰 里 | 街 | 段 | 巷 |  號之 |
| 路 |  | 弄 |
| □醫院　□診所　□長期照護或安養機構　□住居所　□其他\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **相驗發現 年 　月　 日 　時 　 分(24小時制)**1. **辨認往生者身分正確: □是，依：□身分證或其他證件 □家屬指認 □ 相片**
2. **為死亡第一現場？□是 □否: 位置 誰發現: \_\_\_\_\_\_\_\_。**
3. **派出所警員已經來過死亡現場調查過排除自殺/他殺/意外死亡狀況:**

**□否 ; □是，： 派出所 警員。**1. **相驗時，大體已經被搬動或置入冰箱: □否 ; □是:約\_\_\_\_\_\_\_\_\_小時\_\_\_\_\_\_\_\_\_天**
2. **已經被家屬/禮儀社化妝換服: □是 □否**
3. **現場有無遺留可疑的物品/藥物: □否 □是，說明： \_\_\_\_\_\_\_。**
4. **相驗時有就診的醫療院所證明: □否 □是**
5. **相驗時大體有明顯外傷/可疑致死痕跡: □否 □是，繪於下方人形圖。**

**備註：** 1. **死亡前的最近病史描述:**

Posture Template 1 |
| **死亡原因與方式：如附件”死亡證明書”備份內容所登載.** |
| **家屬對上述有無異議：□無。□有，簡述： 　　　　　　　　　　　 　。**  |
| **臺中市新社區衛生所， 醫師姓名(簽名+蓋章)：****申請人姓名與聯絡電話： /手機或市話： 與亡者之關係：****申請份數：　 　份，家屬簽名：** ，**陪同人員（管區警察）簽名：****其他願意擔保以上無誤之人具結簽名: 、 、 、** |