

死亡時画像診断情報提供書

撮像依頼者は太枠内を記入して下さい。

検査依頼の種類	1. 病院Ai 2. 警察Ai		取扱警察署	警察 署	
撮影依頼者	機関名		死亡診断書・ 死体検案書作成者	機関名	
	氏名			氏名	印

死亡者氏名		1. 男 2. 女	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年 月 日 () 歳
死亡日時	平成 年 月 日	午前・午後	時 分		
発見日時 (死亡日時不明のとき)	平成 年 月 日	午前・午後	時 分		
最終生存日時 (死亡日時不明のとき)	平成 年 月 日	午前・午後	時 分		
死亡又は発見場所 及びその住所・種別	1. 死亡場所	住所			
	2. 発見場所				
死亡もしくは 発見に至る状況	1. 医療機関 () 2. 自宅 3. その他 ()				
心肺蘇生術の有無	1. 有 (およその継続時間 分) 2. 無				
既往症					
遺体の状態	1. 病死疑い 2. 交通事故 3. 転倒・転落 4. 溺水 5. 火災 6. 窒息 7. 中毒 8. その他 ()			腐敗の有無	1. 有 (軽度・中等度・高度) 2. 無 3. その他 ()
体表所見					
撮像日時	平成 年 月 日	午前・午後	時 分		
撮像施設	住所	施設名			
撮像機器の種類 および機種	1. CT 2. MRI 3. その他 ()	機種名	撮像者	1. 診療放射線技師 2. 医師 3. その他	
				氏名	
撮像部位 (複数選択可)	1. 頭部 2. 頸部 3. 胸部 4. 腹部 5. 骨盤部 6. 上肢 7. 下肢 8. 1~5のすべて 9. 1~7のすべて 10. その他 ()				
画像所見					
死因推定の可否	1. 可 2. 否	1の場合 推定される死因			
その他特に付言すべきことがら					
〔機関名及び所在地〕 又は医師の住所	診断年月日 平成 年 月 日				本提供書発行年月日 平成 年 月 日
	(氏名)	医師			