

# 生協所定 死亡診断書（死体検案書）

日本コープ共済生活協同組合連合会

医療機関各位 診断書のご記入に際し、ご不明な点などありましたら、日本コープ共済生活協同組合連合会  
共済金係 TEL 0120-497-003 までご連絡ください。  
黒か青の消せないボールペンをご使用ください。

保険の種類	
<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 自賠
<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 労災
<input type="checkbox"/> 介護	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

<b>氏名</b>	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 年 月 日生	<b>職業</b>	<b>カルテ番号</b>
<b>① 初診日</b>	年 月 日	<b>② 死亡日時</b>	年 月 日 午前・午後 時 分
		<b>死亡場所</b>	場所：① 病院 ② 病院以外（ ）
<b>③ 死亡の種類</b>	① 病死および自然死 病名 _____ 発病日（医師推定） _____ 合併症 _____ 年 月 日		
	外因死 { 不慮の外因死 { ② 交通事故 ③ 転倒・転落 ④ 溺水 ⑤ 煙、火災及び火焰による傷害 ⑥ 窒息 ⑦ 中毒 ⑧ その他（ ） その他及び不詳の外因死 — ⑨ 自殺 ⑩ 他殺 ⑪ その他及び不詳の外因 ⑫ 不詳		
<b>④ 外因死の追加事項</b>	傷害発生日時 _____ 傷害発生場所 _____ 年 月 日 午前 _____ 時 分 午後 _____ 時 分 手段および状況 _____ ① 従業中 ② 非従業中 事故時の飲酒（有・無・不詳）		
<b>⑤ 死亡原因</b>	イ. 直接死因	ICD-10コード	(イ)の継続期間
医学的に因果関係を認める死因を(ロ)へ記入してください。 右欄へその傷病にかかっ てから死亡するまでの期 間を記入してください。			年 月 日 ~ 年 月 日まで
	ロ. (イ)の原因		(ロ)の継続期間
			年 月 日 ~ 年 月 日まで
<b>⑥ 入院期間</b>	(1) 年 月 日 ~ 年 月 日まで / 入院指示日 年 月 日	(2) 年 月 日 ~ 年 月 日まで / 入院指示日 年 月 日	
<b>⑦ 前医・紹介医</b>	医療機関名： _____ 医師名： _____ 電話番号： ( ) 初診日： 年 月 日		
<b>⑧ 手術</b>	<b>手術名称</b>		
	<b>実施日</b>		年 月 日
	<b>目的</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療と検査を兼ねる <input type="checkbox"/> 検査(生検)のみ <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療と検査を兼ねる <input type="checkbox"/> 検査(生検)のみ
	以下より選択のうえ、下記にご記入ください。（「9.その他」の場合は別途記入してください） 1. ファイバースコープ、またはバスケットカテーテルによる手術 2. 開頭術 3. 開胸術（胸腔鏡下手術含む） 4. 開頸術 5. 開腹術（腹腔鏡下手術含む） 9. その他		
	<b>手術コード</b>	番号 _____ (9.の場合)	番号 _____ (9.の場合)
<b>⑨ 放射線コード</b>	区分 _____ 細目 _____ 部位 _____ K(J) _____ M(L) _____	区分 _____ 細目 _____ 部位 _____ K(J) _____ M(L) _____	施術期間 _____ 合計 _____ 年 月 日 ~ 年 月 日 _____ グレイ
<b>⑩ 先進医療</b>	先進医療技術名 _____ 特定承認医療機関となった承認日 _____ 年 月 日 治療の実施日 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 実施回数 _____ 回 技術料(総額) _____ 円		
<b>⑪ 既往症</b>	有 ⇒ 傷病名： _____ 治療時期： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日頃 治療状況： <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 不詳 無 ⇒ 医療機関名： _____ 電話番号： ( )		
<b>⑫ 解剖の主要所見</b>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		
発病（受傷）から初診までの症状経過／初診時の所見		死亡までの経過／治療内容	
上記の通り証明します。 _____ 年 月 日 所在地 _____ 医療機関名 _____ 担当科 _____ 電話 ( ) _____ 医師名 _____ (印)			