

死亡時画像診断検査依頼書兼情報提供用紙

撮影依頼者は太枠内を記入してください

検査依頼の種類	1. 警察Ai 2. 院外Ai						
取扱警察署	警察		撮影依頼者	機関名			
	署			氏名			
死亡者氏名		男	生年月日	明治 昭和	年	月	
		女		大正 平成	日		
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
死亡もしくは 発見に至る状況							
発見時体位	1. 仰向け 2. うつ伏せ 3. 左・右 横向き 4. 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							
発見時の気温	外気温度 ・ 内気温度 °C			発見時の体温		°C	
遺体の状態	1. 病死の疑い 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. 有り (軽度・中等度・高度) 2. 無 3. その他()	

下記記入欄は、わかる範囲で構いません

体表所見			
創傷のある場合 (部位と分類 ※)			
骨折のおそれのある部位			欠損のある部位
治療痕			挿入チューブ類
死後処置			

※ 創傷分類一覧 (切創, 刺創, 割創, 挫創, 裂創, 擦創, 銃創, 爆創, 咬創, 挫滅創) (擦過傷, 挫傷, 熱傷)

連絡先 医療法人徳洲会 新庄徳洲会病院
(代) TEL 0233-23-3434
(代) FAX 0233-23-3500