

診療情報提供書（死亡診断用）

宛先 旭川赤十字病院

作成年月日 平成 年 月 日

お亡くなりになった患者様のお名前・性別	_____ 殿 男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 （ 歳）
死亡日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分
傷病名	※ ※ ※
死亡診断書・直接死因	
現病歴	
救急蘇生の内容	胸骨マッサージ・挿管・ライン確保・アンビュー利用
解剖の有無	有・無
死亡時一週間の治療内容・処方内容（検査および処置、投薬など）	
医療機関名及び先生のお名前など	医療機関名： _____ お名前 ： _____ 所属 ： _____ 連絡先 Tel ： _____ Fax ： _____ E mail ： _____