

死亡時画像診断情報提供書

※生前の画像・臨床データがある場合には、できる限り同封してください。

施設登録番号	
症例番号	

可能な限り詳細にご記入下さい。

検査依頼の種類	1. 病院Ai 2. 警察Ai (取扱警察署: 警察 署)		死亡診断書・ 死体検案書作成施設	機関名: 氏名: 印
性別	1. 男 2. 女	生年月日	平成 年 月 日 () 歳 () 月	
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 及びその種別	1. 死亡場所 (種別) 2. 発見場所 1. 病院 () 2. 診療所 () 3. 介護老人保健施設 4. 助産所 5. 老人ホーム 6. 自宅 7. その他 ()			
死亡もしくは 発見に至る状況				
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. 病死及び自然死 [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. 不詳の死		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・機種 および撮像条件	1. CT [機種名:] …管電圧(kV)、管電流(mA)、回転時間(sec/lot)、 ピッチ(mm/lot)、スキャンスライス厚(mm)、AEC(有・無) 2. MRI [機種名:] …Sequence(), TR(ms)、TE(ms)、TI(ms)、FA(°) 3. 一般撮影 [機種名:] …管電圧(kV)、管電流(mA)、時間(sec) 4. その他 ()			
撮像者	氏名:		1. 診療放射線技師 …Ai認定技師(有・無) 2. 医師 3. その他 ()	
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 (参加施設の画像所見 がある場合はご記入 下さい。)				
死因推定の可否	1. 可 2. 否	1. 可 の場合 推定される死因		
その他特に付言すべ きことがら				
ご遺族への説明と 同意書の確認	1. 済 (同意書取得日: 平成 年 月 日) 2. 未実施			
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 医師氏名			