

死亡診断書(死体検案書)確認マニュアル

安全管理室

【病棟の場合・・・】

日勤帯:病棟医事課職員
夜勤帯:医師と病棟看護師
で診断書の確認を行う



確認後、家族へ渡す。

【救急外来の場合・・・】

日勤帯:事務職員
夜勤帯:医師と当直看護師
で診断書の確認を行う



確認後、家族へ渡す。

- 死亡診断書・死体検案書のどちらの書類作成かを確認.....①
(作成書類外の方には2重線を書く・・・4箇所).....a.b.c.d
- 氏名・性別・生年月日はカルテ参照し確認後、家族・保険証で最終確認.....②③④
- 「死亡したとき」・・・再度確認。24Hでの記載は不可.....⑤
(例: ×・・・20時15分 ○・・・午後 8時15分)
- 死亡したところ種別・・・ 1.病院に○が記入されているか確認.....⑥
- 死亡の原因・・・必ず記入されているか確認.....⑧
- 死因の種類・・・必ず1つ○が記入されているか確認.....⑨
- 一番下の段・・・診断書年月日・本診断書発行年月日の記入を確認.....⑩
- 医師名は本人の自筆であることを確認 (自筆の場合「押印」の必要なし).....⑩
- 読めない文字や、わかりづらい文字での記載になっていないかを確認
- ⑦と⑩に病院名・住所の印が押してあることを確認

* 上記に不備や不明な点があった場合は、医師及び看護師に訂正を依頼する

訂正について:医師の押印が無く署名のみ場合は訂正箇所にも署名とし、押印がある場合は訂正印となります。

看護師は最終確認を家族と行い診断書を家族へ渡して下さい。

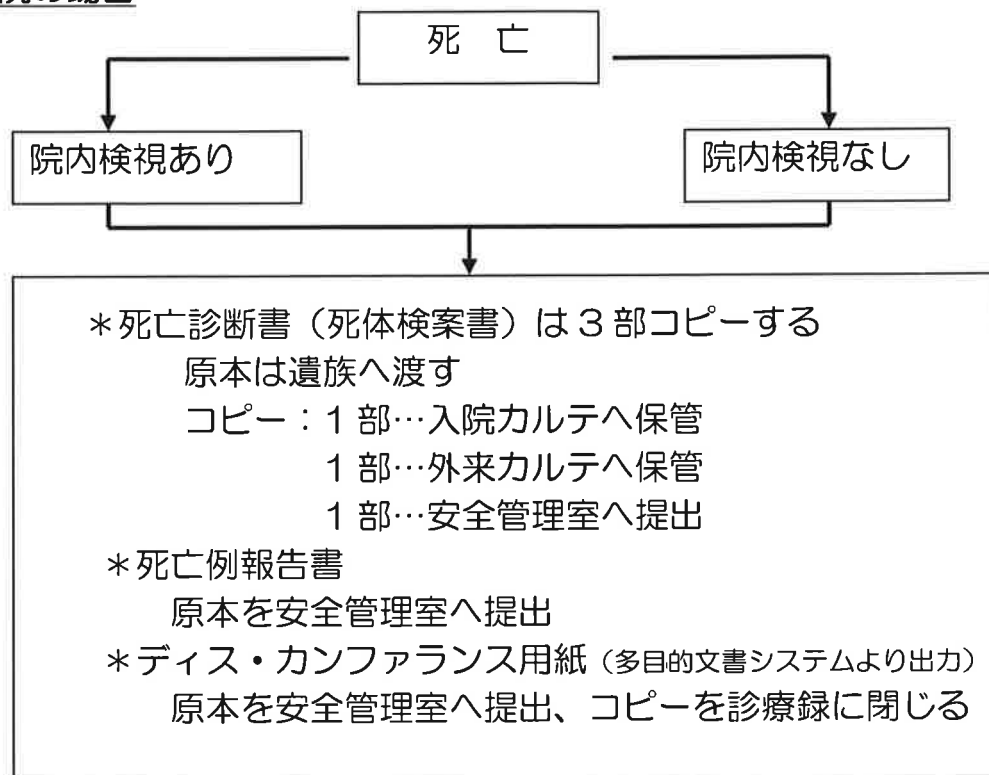
(会計については別紙を添えて看護師が説明すること。)

【備考】

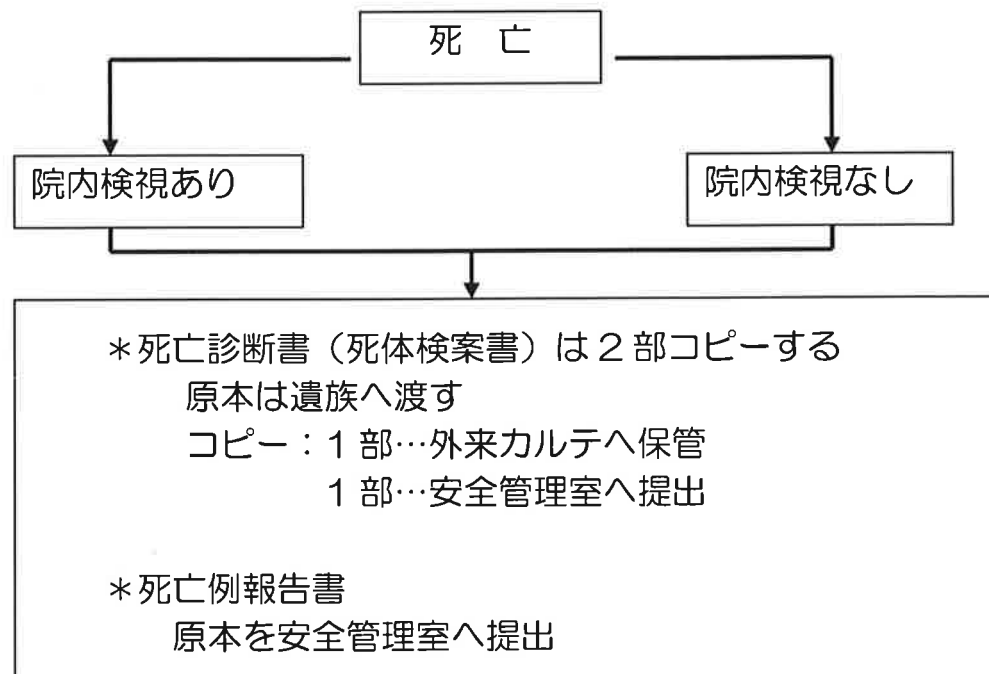
- ※ 死亡診断書の場合 ¥7,560 (2通目以降は ¥3,240 で各診療科外来で依頼していただく)
死体検案書の場合 ¥10,800 (2通目以降は ¥5,400 で各診療科外来で依頼していただく)
(警察が死体検案書のコピーを持参する場合、コストは発生しない 平成19年5月14日～)
- ※ 病棟での死亡した場合の会計
入院中の請求は後日約1週間後に医事課入院係より連絡が自宅に入る
- ※ 救急外来での死亡した場合の会計
外来時の請求は翌日には発行済(1週間後ぐらいに医事課外来係より連絡が自宅に入る)
- ※ 病理解剖が発生した場合は、別紙の「病理解剖時のマニュアル」参照。
解剖を行なった場合には謝礼金 ¥10,000 が出るため家族へ謝礼金を渡し帰宅していただく
- ★平日(日勤)での死亡診断書(死体検案書)の確認は、マニュアルに沿って病棟医事課が行なう

死亡診断書（死体検案書）と死亡例報告書の流れ

1. 入院の場合



2. 外来の場合



① a

死亡診断書 (死体検案書)

この死亡診断書 (死体検案書) は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

| | | | |
|----------------------------------|--|---|---|
| ② 氏名 | ③ 1 男 2 女 | ④ 明治 昭和 年 月 日 大正 平成 生年 月 日 生れてから30日以内に死亡したと きは生れた時刻も書いてください | 午前 時 分 午後 時 分 |
| | ⑤ 平成 年 月 日 午前・午後 時 分 | | |
| (12) 死亡したところの種別 | 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 | | |
| (13) 及びその種別 | 死亡したところの種別(1-7) 番地 番号 施設の名称 | | |
| (14) 死亡の原因 | ⑧ (ア) 直接死因 | I (イ) (ア)の原因 (ウ) (イ)の原因 (エ) (ウ)の原因 | 発病(発症) 又は受傷から死亡までの期間 |
| | (イ) (ア)の原因 | | *年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例: 1年3ヶ月、5時間20分) |
| | (ウ) (イ)の原因 | | |
| | (エ) (ウ)の原因 | II 直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等 | |
| (15) 死因の種類 | 手術 | 部位及び主要所見 | 手術年月日 |
| | 解剖 | 主要所見 | 平成 昭和 年 月 日 |
| (16) 外因死の追加事項 | 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 } 外因死 { 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 |
| | 傷害が発生したとき | 平成 昭和 年 月 日 午前 時 分 午後 時 分 | 傷害が発生したところ 都道府県 市区町村 |
| (17) 生後1年未満で病死した場合の追加事項 | 傷害が発生したところの種別 | 1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他 () | 市郡 |
| | 手段及び状況 | | |
| (18) 生後1年未満で病死した場合の追加事項 | 出生時の体重 | 単胎・多胎の別 | 妊娠週数 |
| | グラム | 1 単胎 2 多胎 (子中第 子) | 満 週 |
| (19) その他特に付言すべきことから | 妊娠・分娩時における母体の状態又は異状 | 母の生年月日 | 前回までの妊娠の結果 出生児 人胎 死産児 胎 (妊娠週22週以後に限る) |
| | 1 無 2 有 { } 3 不詳 | 昭和 平成 年 月 日 | |
| (19) 上記のとおり診断(検案)する | ⑩ b c d 診断(検案)年月日 平成 年 月 日 本診断書(検案書)発行年月日 平成 年 月 日 | | |
| 病院、診療所若しくは老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所 | 東京医科大学茨城医療センター 茨城県稲敷郡阿見町中央三丁目20番1号 | | 番地 番号 |
| (氏名) | 医師 | 印 | |

← 生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付けて書いてください。 **注意!!**

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

← 「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有科老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。I欄では、各傷病について発病の型(例: 急性)、病因(例: 病原体名)、部位(例: 胃噴門部がん)、性状(例: 病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠週何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠週何週の分娩中」と書いてください。産後42日未満の死亡の場合は「妊娠週何週産後何日」と書いてください。

← I欄及びII欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付けて書いてください。

← 「2 交通事故」は事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。「5 煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

← 「1 住居」とは住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

← 傷害がどのような状況で起こったかを具体的に書いてください。

← 妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。母子健康手帳等を参考に書いてください。

両方記載する

鮮の場合「押印」は必要なし!!

訂正の場合: 医師の押印がなく署名の場合は訂正箇所にも署名とし、押印がある場合は訂正印とする

退院後の会計について

東京医科大学茨城医療センター 医事課

入院中のお支払いについては、後日センターの医事課（入院係）より
自宅にご連絡致します。

連絡がございましたら、センターへお越しいただき支払いをお願い致
します。

なお、ご不明な点がございましたら下記までご連絡下さい。

連絡先： 東京医科大学茨城医療センター・医事課入院係
電 話： 029（887）1161（内線1470）

お支払いについて

東京医科大学茨城医療センター 医事課

外来受診時のお支払いについては、後日センターの医事課（外来係）
より自宅にご連絡致します。

連絡がございましたら、センターへお越しいただき支払いをお願い致
します。

なお、ご不明な点がございましたら下記までご連絡下さい。

連絡先： 東京医科大学茨城医療センター・医事課外来係
電 話： 029（887）1161（内線1463）

東京医科大学茨城医療センター 死亡例検討会 デス・カンファレンス記録 NO.1

_____ (科長) ㊦

_____ (師長) ㊦

検討会施行 _____年____月____日

患者氏名：_____殿 ID：_____

明治 昭和 大正 平成 _____年____月____日生 _____歳 性別

死亡年月日、時刻：_____年____月____日____時

臨床診断：(1) _____ (2) _____ (3) _____

死亡原因：(1) _____ (2) _____ (3) _____

死因： 病死 異状死 (届出：_____警察)

剖検：有 (病理解剖・司法解剖・行政解剖・モデル事業)・無

死亡に至る主な臨床経過・家族との関係、及び検討内容 (気づき・改善点)

必須：検討内容 (気づき・改善点)

| |
|-----------------|
| 出席者医師看護師氏名 (捺印) |
| |

緩和ケアチームの介入：有・無

デス・カンファレンス NO.2 使用：有・無

*カンファレンスの内容によって、デス・カンファレンス記録 NO.2 を使用可。

提出者：_____ ㊦

提出年月日：_____年____月____日

安全管理室受付年月日：_____

デス・カンファレンス記録 NO.2

| | |
|---|--|
| 患者/家族の希望意向 患者の希望： 家族の希望： | |
| 患者 | 身体面（IC 内容・疼痛コントロール・苦痛など）への関わりはどうであったか 実施していたケア |
| | 精神面（苦痛・不安など）、社会面、スピリチュアルへの関わりはどうであったか |
| 家族 | 精神面（苦痛・不安など）への関わりはどうであったか 退院時のケアなど |
| プライマリーNs： | |