

## 居民死亡医学证明(推断)书

第一联-1 (填写单位保存)

广东省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县(市、区)   行政区划代码 \_\_\_\_\_   编号: \_\_\_\_\_

|                                    |                                                       |   |      |                           |                                          |        |                                          |                                                                                                   |       |                            |  |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------|---|------|---------------------------|------------------------------------------|--------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------|--|
| 死者姓名                               |                                                       |   | 性别   | 1男, 0未知的性别<br>2女, 9未说明的性别 |                                          | 民族     |                                          |                                                                                                   | 国家或地区 |                            |  |
| 有效身份证件类别                           | 1身份证, 2户口簿, 3护照, 4军官证, 5驾驶证, 6港澳通行证, 7台湾通行证, 9其他法定证件  |   | 证件号码 |                           |                                          | 年龄     |                                          |                                                                                                   | 婚姻状况  | 1未婚, 2已婚, 3丧偶<br>4离婚, 9未说明 |  |
| 出生日期                               | 年                                                     | 月 | 日    | 文化程度                      | 1研究生, 2大学, 3大专, 4中专, 5技校, 6高中, 7初中及以下    |        | 个人身份                                     | 11公务员, 13专业技术人员, 17职员, 21企业管理者, 24工人, 27农民, 31学生, 37现役军人, 51自由职业者, 54个体经营者, 70无业人员, 80离退休人员, 90其他 |       |                            |  |
| 死亡日期/发现死亡时间                        | 年                                                     | 月 | 日    | 死亡地点                      | 1医疗卫生机构, 2来院途中, 3家中<br>4养老机构, 9其他场所, 0不详 |        |                                          | 死亡时是否处于妊娠期或妊娠终止后42天内                                                                              |       | 1是, 2否, 0不详                |  |
| 生前工作单位                             |                                                       |   |      | 户籍地址                      |                                          |        |                                          | 常住地址                                                                                              |       |                            |  |
| 可联系的家属姓名                           |                                                       |   |      | 联系电话                      |                                          |        |                                          | 家属住址或工作单位                                                                                         |       |                            |  |
| 致死的主要疾病诊断                          |                                                       |   |      | 疾病名称 (勿填症状体征)             |                                          |        |                                          | 发病至死亡大概间隔时间                                                                                       |       |                            |  |
| I. (a) 直接死亡原因                      |                                                       |   |      |                           |                                          |        |                                          |                                                                                                   |       |                            |  |
| (b) 引起 (a) 的疾病或情况                  |                                                       |   |      |                           |                                          |        |                                          |                                                                                                   |       |                            |  |
| (c) 引起 (b) 的疾病或情况                  |                                                       |   |      |                           |                                          |        |                                          |                                                                                                   |       |                            |  |
| (d) 引起 (c) 的疾病或情况                  |                                                       |   |      |                           |                                          |        |                                          |                                                                                                   |       |                            |  |
| II. 其他疾病诊断 (促进死亡, 但与导致死亡无关的其他重要情况) |                                                       |   |      |                           |                                          |        |                                          |                                                                                                   |       |                            |  |
| 生前主要疾病最高诊断单位                       | 1三级医院, 2二级医院, 3乡镇卫生院/社区卫生服务机构, 4村卫生室, 9其他医疗卫生机构, 0未就诊 |   |      |                           | 生前主要疾病最高诊断依据                             |        | 1尸检, 2病理, 3手术, 4临床+理化<br>5临床, 6死后推断, 9不详 |                                                                                                   |       |                            |  |
| 医师签名                               | 医疗卫生机构盖章                                              |   |      |                           | 填表日期:                                    |        | 年 月 日                                    |                                                                                                   |       |                            |  |
| 法医/民警签名                            | 公安部门盖章                                                |   |      |                           | 填表日期:                                    |        | 年 月 日                                    |                                                                                                   |       |                            |  |
| (以下由编码人员填写) 根本死亡原因:                |                                                       |   |      |                           |                                          | ICD编码: |                                          |                                                                                                   |       |                            |  |

## 死亡调查记录

死者生前病史及症状体征:

以上情况属实, 被调查者签字:

|             |           |          |               |
|-------------|-----------|----------|---------------|
| 被调查者<br>姓 名 | 与死者<br>关系 | 联系<br>电话 | 联系地址<br>或工作单位 |
| 死因推断        | 调查者签名     | 调查日期     | 年 月 日         |

注：①此表适用于所有死亡个案；②被调查者应为死者近亲或知情人；③调查时应出具以下资料：被调查者有效身份证件，居住地居委会或村委会证明，死者身份证和/或户口簿、生前病史记录。

4400002015000000

## 居民死亡医学证明(推断)书

第二联（公安部门保存）

行政区划代码 □□□□□□

编号:

|                     |   |      |   |      |   |   |   |
|---------------------|---|------|---|------|---|---|---|
| 死者姓名                |   | 性别   |   | 民族   |   |   |   |
| 国家或地区               |   | 年龄   |   |      |   |   |   |
| 身份证件类别              |   | 证件号码 |   |      |   |   |   |
| 常住地址                |   |      |   |      |   |   |   |
| 出生日期                | 年 | 月    | 日 | 死亡日期 | 年 | 月 | 日 |
| 死亡地点                |   |      |   | 死亡原因 |   |   |   |
| 家属姓名                |   |      |   | 联系电话 |   |   |   |
| 与死者关系               |   |      |   |      |   |   |   |
| 家属住址或单位             |   |      |   |      |   |   |   |
| 医师/法医签名             |   |      |   | 民警签名 |   |   |   |
| 签发机构（医疗卫生机构/公安部门）盖章 |   |      |   |      |   |   |   |
| 年 月 日               |   |      |   |      |   |   |   |
| 公安部门意见（盖章）          |   |      |   |      |   |   |   |
| 年 月 日               |   |      |   |      |   |   |   |

注：①死者家属持此联到公安机关办理户籍注销手续；②无医师/法医及民警签字、签发机构及公安部门盖章无效。

广东省卫生计生委印制

4400002015000000 居民死亡医学证明（推断）书

第一联-2（用于网络报告）

广东省\_\_\_\_市\_\_\_\_县(市、区) 行政区划代码 \_\_\_\_\_ 编号: \_\_\_\_\_

|                                  |                                                                    |              |                                                    |                          |             |                                                                                                                      |                                 |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 死者姓名                             |                                                                    | 性别           | 1 男, 0 未知的性别<br>2 女, 9 未说明的性别                      | 民族                       |             | 国家或地区                                                                                                                |                                 |
| 有效身份证件类别                         | 1 身份证, 2 户口簿, 3 护照,<br>4 军官证, 5 驾驶证, 6 港澳通行证,<br>7 台湾通行证, 9 其他法定证件 | 证件号码         |                                                    | 年龄                       |             | 婚姻状况                                                                                                                 | 1 未婚, 2 已婚, 3 丧偶<br>4 离婚, 9 未说明 |
| 出生日期                             | 年 月 日                                                              | 文化程度         | 1 研究生, 2 大学, 3 大专,<br>4 中专, 5 技校, 6 高中,<br>7 初中及以下 | 个人身份                     |             | 11 公务员, 13 专业技术人员, 17 职员, 21 企业管理者,<br>24 工人, 27 农民, 31 学生, 37 现役军人, 51 自由职业者,<br>54 个体经营者, 70 无业人员, 80 离退休人员, 90 其他 |                                 |
| 死亡日期/发现死亡时间                      | 年 月 日<br>时 分                                                       | 死亡地点         | 1 医疗卫生机构, 2 来院途中, 3 家中<br>4 养老服务机构, 9 其他场所, 0 不详   | 死亡时是否处于妊娠期<br>或妊娠终止后42天内 |             | 1 是, 2 否, 不详                                                                                                         |                                 |
| 生前工作单位                           |                                                                    | 户籍地址         |                                                    | 常住地址                     |             |                                                                                                                      |                                 |
| 可联系的家属姓名                         |                                                                    | 联系电话         |                                                    | 家属住址或工作单位                |             |                                                                                                                      |                                 |
| 致死的主要疾病诊断                        |                                                                    | 疾病名称（勿填症状体征） |                                                    |                          | 发病至死亡大概间隔时间 |                                                                                                                      |                                 |
| I. (a) 直接死亡原因                    |                                                                    |              |                                                    |                          |             |                                                                                                                      |                                 |
| (b) 引起(a)的疾病或情况                  |                                                                    |              |                                                    |                          |             |                                                                                                                      |                                 |
| (c) 引起(b)的疾病或情况                  |                                                                    |              |                                                    |                          |             |                                                                                                                      |                                 |
| (d) 引起(c)的疾病或情况                  |                                                                    |              |                                                    |                          |             |                                                                                                                      |                                 |
| II. 其他疾病诊断（促进死亡，但与导致死亡无关的其他重要情况） |                                                                    |              |                                                    |                          |             |                                                                                                                      |                                 |
| 生前主要疾病最高诊断单位                     | 1 三级医院, 2 二级医院, 3 乡镇卫生院/社区卫生服务机构,<br>4 村卫生室, 9 其他医疗卫生机构, 0 未就诊     | 生前主要疾病最高诊断依据 | 1 尸检, 2 病理, 3 手术, 4 临床+理化<br>5 临床, 6 死后推断, 9 不详    |                          |             |                                                                                                                      |                                 |
| 医师签名                             |                                                                    | 医疗卫生机构盖章     |                                                    |                          | 填表日期:       | 年 月 日                                                                                                                |                                 |
| 法医/民警签名                          |                                                                    | 公安部门盖章       |                                                    |                          | 填表日期:       | 年 月 日                                                                                                                |                                 |
| (以下由编码人员填写) 根本死亡原因:              |                                                                    |              | ICD编码:                                             |                          |             |                                                                                                                      |                                 |

死亡调查记录

|                 |  |       |  |      |       |           |  |
|-----------------|--|-------|--|------|-------|-----------|--|
| 死者生前病史及症状体征:    |  |       |  |      |       |           |  |
|                 |  |       |  |      |       |           |  |
|                 |  |       |  |      |       |           |  |
| 以上情况属实, 被调查者签字: |  |       |  |      |       |           |  |
| 被调查者姓名          |  | 与死者关系 |  | 联系电话 |       | 联系地址或工作单位 |  |
| 死因推断            |  | 调查者签名 |  | 调查日期 | 年 月 日 |           |  |

注: ①此表适用于所有死亡个案; ②被调查者应为死者近亲或知情人; ③调查时应出具以下资料: 被调查者有效身份证件, 居住地居委会或村委会证明, 死者身份证和/或户口簿、生前病史记录。

4400002015000000 居民死亡医学证明（推断）书

第三联（死者家属保存）

行政区划代码 \_\_\_\_\_

编号: \_\_\_\_\_

|                     |       |      |       |    |  |
|---------------------|-------|------|-------|----|--|
| 死者姓名                |       | 性别   |       | 民族 |  |
| 国家或地区               |       | 年龄   |       |    |  |
| 身份证件类别              |       | 证件号码 |       |    |  |
| 常住地址                |       |      |       |    |  |
| 出生日期                | 年 月 日 | 死亡日期 | 年 月 日 |    |  |
| 死亡地点                |       | 死亡原因 |       |    |  |
| 家属姓名                |       | 联系电话 |       |    |  |
| 与死者关系               |       |      |       |    |  |
| 家属住址或单位             |       |      |       |    |  |
| 医师/法医签名             |       | 民警签名 |       |    |  |
| 签发机构（医疗卫生机构/公安部门）盖章 |       |      |       |    |  |
| 年 月 日               |       |      |       |    |  |
| 公安部门意见（盖章）          |       |      |       |    |  |
| 年 月 日               |       |      |       |    |  |

注: ①死者家属持此联到公安机关签章; ②无医师/法医及民警签字、签发机构及公安部门盖章无效; ③死于救治机构以外的死亡原因系死后推断。

广东省卫生计生委印制

## 居民死亡医学证明（推断）书

第一联-3 (用于疾控机构审核)

广东省\_\_\_\_市\_\_\_\_县(市、区)

行政区划代码

□□□□□□

编号:

□□□□□□□□□□

|                                   |                                                            |              |                                             |      |                                        |                                                                                                        |                            |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 死者姓名                              |                                                            | 性别           | 1男, 0未知的性别<br>2女, 9未说明的性别                   | 民族   |                                        | 国家或地区                                                                                                  |                            |
| 有效身份证件类别                          | 1身份证, 2户口簿, 3护照,<br>4军官证, 5驾驶证, 6港澳通行证,<br>7台湾通行证, 9其他法定证件 | 证件号码         |                                             | 年龄   |                                        | 婚姻状况                                                                                                   | 1未婚, 2已婚, 3丧偶<br>4离婚, 9未说明 |
| 出生日期                              | 年 月 日                                                      | 文化程度         | 1研究生, 2大学, 3大专,<br>4中专, 5技校, 6高中,<br>7初中及以下 | 个人身份 |                                        | 11公务员, 13专业技术人员, 17职员, 21企业管理者,<br>24工人, 27农民, 31学生, 37现役军人, 51自由职业者,<br>54个体经营, 70无业人员, 80离退休人员, 90其他 |                            |
| 死亡日期/发现死亡时间                       | 年 月 日<br>时 分                                               | 死亡地点         | 1医疗卫生机构, 2来院途中, 3家中<br>4养老服务机构, 9其他场所, 0不详  |      | 死亡时是否处于妊娠期<br>或妊娠终止后42天内<br>1是, 2否, 不详 |                                                                                                        |                            |
| 生前工作单位                            |                                                            | 户籍地址         |                                             |      | 常住地址                                   |                                                                                                        |                            |
| 可联系的家属姓名                          |                                                            | 联系电话         |                                             |      | 家属住址或工作单位                              |                                                                                                        |                            |
| 致死的主要疾病诊断                         |                                                            | 疾病名称(勿填症状体征) |                                             |      | 发病至死亡大概间隔时间                            |                                                                                                        |                            |
| I. (a)直接死亡原因                      |                                                            |              |                                             |      |                                        |                                                                                                        |                            |
| (b)引起(a)的疾病或情况                    |                                                            |              |                                             |      |                                        |                                                                                                        |                            |
| (c)引起(b)的疾病或情况                    |                                                            |              |                                             |      |                                        |                                                                                                        |                            |
| (d)引起(c)的疾病或情况                    |                                                            |              |                                             |      |                                        |                                                                                                        |                            |
| II. 其他疾病诊断(促进死亡, 但与导致死亡无关的其他重要情况) |                                                            |              |                                             |      |                                        |                                                                                                        |                            |
| 生前主要疾病最高诊断单位                      | 1三级医院, 2二级医院, 3乡镇卫生院/社区卫生服务机构,<br>4村卫生室, 9其他医疗卫生机构, 0未就诊   | 生前主要疾病最高诊断依据 | 1尸检, 2病理, 3手术, 4临床+理化<br>5临床, 6死后推断, 9不详    |      |                                        |                                                                                                        |                            |
| 医师签名                              |                                                            | 医疗卫生机构盖章     |                                             |      | 填表日期:                                  | 年 月 日                                                                                                  |                            |
| 法医/民警签名                           |                                                            | 公安部门盖章       |                                             |      | 填表日期:                                  | 年 月 日                                                                                                  |                            |
| (以下由编码人员填写) 根本死亡原因:               |                                                            |              | ICD编码:                                      |      |                                        |                                                                                                        |                            |

## 死亡调查记录

死者生前病史及症状体征:

以上情况属实, 被调查者签字:

|        |  |       |  |       |  |           |       |
|--------|--|-------|--|-------|--|-----------|-------|
| 被调查者姓名 |  | 与死者关系 |  | 联系电话  |  | 联系地址或工作单位 |       |
| 死因推断   |  |       |  | 调查者签名 |  | 调查日期      | 年 月 日 |

注: ①此表适用于所有死亡个案; ②被调查者应为死者近亲或知情人; ③调查时应出具以下资料: 被调查者有效身份证件, 居住地居委会或村委会证明, 死者身份证和/或户口簿、生前病史记录。

## 居民死亡殡葬证

第四联(殡葬部门保存)

行政区划代码

□□□□□□

编号:

□□□□□□□□□□

|                      |       |      |       |    |  |
|----------------------|-------|------|-------|----|--|
| 死者姓名                 |       | 性别   |       | 民族 |  |
| 国家或地区                |       | 年龄   |       |    |  |
| 身份证件类别               |       | 证件号码 |       |    |  |
| 常住地址                 |       |      |       |    |  |
| 出生日期                 | 年 月 日 | 死亡日期 | 年 月 日 |    |  |
| 死亡地点                 |       | 死亡原因 |       |    |  |
| 家属姓名                 |       | 联系电话 |       |    |  |
| 与死者关系                |       |      |       |    |  |
| 家属住址或单位              |       |      |       |    |  |
| 医师/法医签名              |       | 民警签名 |       |    |  |
| 签发机构(医疗卫生机构/公安部门) 盖章 |       |      |       |    |  |
| 年 月 日                |       |      |       |    |  |
| 公安部门意见(盖章)           |       |      |       |    |  |
| 年 月 日                |       |      |       |    |  |

注: ①死者家属持此证到殡仪馆办理尸体火化手续; ②死于救治机构, 医师签字及医疗机构盖章有效; 死于非救治机构, 医师及民警签字、医疗机构及公安部门盖章有效。

广东省卫生计生委印制

温 馨 提 示

任何打着政府发放殡葬补助的名头，以预收税费、手续费等名目，让您缴纳税费和汇款领取殡葬补助的行为都是诈骗手段，请勿理会或报警。

填 表 要 求

- (一)《居民死亡医学证明(推断)书》要求四联填写齐全，字迹清楚，内容准确，不得勾画涂改。打印或用钢笔、碳素笔填写，签名并加盖公章后生效。如已注明分类项目，请打印应选项目或在应选项目上打“√”。
- (二)省、市、县(市、区)：指出具《死亡证》的医疗卫生机构所在的省、市、县名称。
- (三)行政区划代码：填写出具《死亡证》的医疗卫生机构所在的县(市、区)6位行政区划代码，以民政部编制的上年末《县级以上区划简册》为准。
- (四)编号：填写17位代码(可由信息系统自动赋值)。编号规则为：《死亡证》出具单位的组织机构代码(9位)+年份(4位)+流水码(4位)。
- (五)有效身份证件类别及号码：不得空缺。中国公民要求填写18位身份证号码。
- (六)年龄：按照周岁填写。婴儿填写实际存活的月、日、小时。
- (七)出生、死亡日期：填写死者的出生或死亡的年、月、日，婴儿死亡填写到时、分。
- (八)个人身份：按照死亡前的个人身份填写，离退休后死者的个人身份一律填“离退休人员”。
- (九)死亡地点：“医疗卫生机构”指死于各级各类医疗卫生机构住院部及急诊室；“不详”指未能确定的死亡地点(仅限非正常死亡者)。
- (十)常住、户籍地址：常住地址填写死者居住半年以上的地址，详细到门牌号码；户籍地址填写户口簿上登记的地址，详细到门牌号码。
- (十一)第一联“致死的主要疾病诊断”第I部分中“(a)直接死亡原因”填写最后造成死亡的疾病诊断或损伤。第二、三、四联“死亡原因”填写第一联“(a)直接死亡原因”，如果(a)行填写的为症状、体征、衰竭，则“死亡原因”填写(a)行之后的主要致死原因。
- (十二)生前主要疾病的最高诊断单位：三级医院(含相当)包括三级妇幼保健院及专科疾病防治院，二级医院(含相当)包括二级妇幼保健院及专科疾病防治院，其他医疗卫生机构包括急救中心、一级医院、门诊部、诊所(医务室)、疗养院等。
- (十三)生前主要疾病最高诊断依据：“死后推断”仅限死亡地点为“来院途中”、“家中”、“养老服务机构”、“其他场所”填写。
- (十四)根本死亡原因及ICD编码：二级及以上(含相当)医疗机构由医疗机构编码人员填写，其他医疗卫生机构由县(区、县级市)疾病预防控制中心编码人员网上填写。ICD编码填写4位国际疾病分类代码。
- (十五)补发《死亡证》时，需在第一联及补发联注明“补发”及补发时间。申请人应为《死亡证》签字家属或委托人并出具有效身份证件。