（様式１７号）

措置入院者死亡届

 　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

 （あて先）

 　　　　　　　保健福祉（環境）事務所長　殿

 　　　　　 　　病院所在地

 　　　　　 　 病　院　名

 管理者名

　下記の措置入院者が死亡しましたのでお届けします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  患 者 |  住 所 |  |  |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　　　月　　　日生 |
| 措置入院取扱い保健福祉（環境）事務所年　月　日 |  年　　　月　　　日 |  |  |
| 死亡年月日 | 　前年　　　月　　　日　　午　 　　 　時　 分　後 |
| （イ）直接の原因 |  |
| （ロ）(イ)の原因 |  |
| 備　考 |  |

 ※取扱い保健福祉（環境）事務所長及び最寄り保健福祉（環境）事務所長に死亡診断書（写）

　 を添付の上、提出すること。

 ※事故等による外因死の場合は本様式ではなく、「入院患者事故報告書」（様式１８号）に、死体検案書（写）を添付して、最寄り保健福祉（環境）事務所長及び取扱い保健福祉（環境）事務所長に提出すること。