|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 | | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | |
| **居民死亡医学证明（推断）书** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_省(自治区、直辖市)\_\_\_\_\_\_市(地区、州、盟)\_\_\_\_\_\_县(区、旗)行政区划代码□□□□□□ 编号：□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 死者姓名 |  | | | | 性别 | | 1男，0未知的性别  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港澳通证,7台湾通行证，9其他法定有效证件 | | | | 证件 号码 | |  | | | | 年龄 | | | |  | 婚姻 状况 | | | 1未婚,2已婚,3丧偶  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 | 年 月 日   时 分 | | | | 死亡 地点 | | 1医疗卫生机构,2来院途中,3家中，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或妊娠终止后42天内 | | | | | 1是，2否 | |
| 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  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 | | | | | | | | |
| (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此表填写范围为在家、养老服务机构、其他场所正常死亡者；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、生前病史卡。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**居民死亡医学证明（推断）书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 行政区划代码□□□□□□ 编号：□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第 二 联公  安  部  门 保 存 | 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 | | |  | | | | | |
| 家属住址或单位 | | |  | | | | | 医师签名 |  | | | | | | 民警签名 | | |  | | | | | |
| 医疗卫生机构盖章  年 月 日 | | | | | | | | | 派出所意见(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无医师及民警签字、医疗卫生机构及派出所盖章无效。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ------------------------------------------------------------------------------- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **居民死亡医学证明（推断）书** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 行政区划代码□□□□□□ 编号：□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第 三 联 死 者 家 属 保 存 | | 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 | | | |  | | | | |
| 家属住址或单位 | |  | | | | | 医师签名 | |  | | | | | 民警签名 | | | |  | | | | |
| 医疗卫生机构盖章  年 月 日 | | | | | | | | | 派出所意见(盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 注：①死者家属持此联到公安机关签章；②无医师及民警签字、医疗卫生机构及派出所盖章无效；③死于救治机构以外的死亡原因系死后推断。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ------------------------------------------------------------------------------- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **居民死亡殡葬证** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 行政区划代码□□□□□□ 编号：□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第四联殡  葬管理部门保存 | | | 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 | | | | |  | | | |
| 家属住址或单位 |  | | | | | 医师签名 | | |  | | | | 民警签名 | | | | |  | | | |
| 医疗卫生机构盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | 派出所意见(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，医师签字及医疗卫生机构盖章有效；死于非救治机构，医师及民警签字、医疗卫生机构及派出所盖章有效。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

填表说明

《居民死亡医学证明（推断）书》（以下简称《死亡证》）是医疗卫生机构出具的、说明居民死亡及其原因的医学证明，是人口管理与生命统计的基本信息来源。因此，要求填写者及相关人员以严肃、认真、科学的态度对待此项工作。

一、填写范围

中国大陆镜内正常死亡的中国公民、港澳台居民和外国人，包括未登记户籍的死亡新生儿。

1. 填写人
2. 医疗卫生机构、来院途中死亡者：由负责救治的执业医师填写。

（二）家中、养老服务机构、其他场所正常死亡：由本辖区社区卫生服务机构或乡镇（街道）卫生院负责调查的执业（助理）医师根据死亡申报材料、调查询问结果并进行死因推断之后，填写《死亡调查记录》及《死亡证》。

医疗卫生机构不能确定是否属于正常死亡者，需经公安司法部门判定死亡性质，公安司法部门判定为正常死亡者，由负责救治或调查的执业医师填写《死亡证》。

未经救治的非正常死亡证明由公安司法部门按照现行规定及程序办理。非正常死亡是指由外部作用导致的死亡，包括火灾、溺水等自然灾难致死，或工伤、医疗事故、交通事故、自杀、他杀、受伤害等人为致死（含无名尸）。

1. 填表要求
2. 《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“√”。
3. 本表分类采用以下国家标准：

《人的性别代码》（GB/T2261.1-2003）；

《婚姻状况代码》（GB/T2261.2-2003）；

《从业状况（个人身份）代码》（GB/T2261.4-2003）；

《中国各民族名称的罗马字母拼写法和代码》（GB/T3304-1991）；

《世界各国和地区名称代码》(GB/T2659-2000)；

《学历代码（文化程度代码）》（GB4658-2006）。如发布最新版本，则采用最新版本。请按国家标准填写，国家或地区填写中文简称。

（三）省、市（州）、县（市、区）：指出具《死亡证》的医疗卫生机构所在的省、市、县名称，以民政部编辑的上年末《县级以上区划简册》为准。

（四）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，以民政部编辑制的上年末《县级以上区划简册》为准。

（五）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）。

(六)有效身份证件类别及号码：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。

（七）年龄：按周岁填写。婴儿填写实际存活的月、日、小时。

（八）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。

（九）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”。

（十）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）。

（十一）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；户籍地址填写户口薄上登记的地址，详细到门牌号码。

（十二）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)行填写的症状、体征、衰竭，则“死亡原因”填写（a）行之后的主要致死原因。填写举例：

例一：如某人因肺癌导致死亡，

第一联：（a）肺癌；

根本死亡原因：肺癌；

第二、三、四联“死亡原因”：肺癌。

例二：如某人因早年的慢性支气管炎逐渐引起肺气肿，逐渐引起肺心病导致死亡，

第一联：（a）肺心病，（b）肺气肿，（c）慢性支气管炎；

根本死亡原因：慢性支气管炎；

第二、三、四联“死亡原因”为“肺心病”。

例三：如某人因骑自行车与汽车相撞造成颅内压损伤导致死亡，

第一联：（a）颅内压损伤，（b）骑自行车与汽车相撞

根本死亡原因：骑自行车与汽车相撞

第二、三、四联“死亡原因”：颅内压损伤。

(十三)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。

（十四）生前主要疾病的最高诊断依据：“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。

（十五）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（市、区）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。

（十六）补发《死亡证》时，需在第一联及补发联注明“补发”及补发时间。申请人应当为《死亡证》签字家属或委托人并出具有效身份证件。

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **三部门数据交换内容**  一、人口死亡信息交换数据项 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 数据项名称 | | 正常死亡信息（卫生健康部门提供） | | 非正常死亡信息（公安部门提供） | | 死亡销户信息（公安部门提供） | | 火化信息（民政部门提供） | |
| 1 | 行政区划代码 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 2 | 省、市、县名称 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 3 | 死亡证编号 | | \* | | - | | \* | | \* | |
| 4 | 法医鉴定书编号 | | - | | \* | | - | | - | |
| 5 | 死者姓名 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 6 | 性别 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 7 | 民族 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 8 | 国家或地区 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 9 | 年龄 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 10 | 身份证件类型 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 11 | 身份证件号码 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 12 | 常住地址 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 13 | 户籍地址 | | \* | | \* | | \* | | - | |
| 14 | 出生日期 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 15 | 死亡日期 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 16 | 死亡地点 | | \* | | \* | | \* | | - | |
| 17 | 死亡原因 | | \* | | \* | | \* | | - | |
| 18 | 意外死亡情况描述 | | - | | \* | | - | | - | |
| 19 | 家属姓名 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 20 | 联系电话 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 21 | 家属住址或单位 | | \* | | \* | | \* | | \* | |
| 22 | 医师签名 | | \* | | - | | - | | - | |
| 23 | 医疗卫生机构名称 | | \* | | - | | - | | - | |
| 24 | 民警签名 | | \* | | - | | \* | | - | |
| 25 | 派出所名称 | | \* | | - | | \* | | - | |
| 26 | 法医签名 | | - | | \* | | - | | - | |
| 27 | 法医鉴定单位名称 | | - | | \* | | - | | - | |
| 28 | 殡仪馆名称 | | - | | - | | - | | \* | |
| 注：“\*”表示需提供的数据项；“—”表示无需提供的数据项；行政区划代码及省、市、县名称指医疗卫生机构、派出所、法医鉴定单位、殡仪馆所在地的省（自治区、直辖市）市（地区）、县（区、县级市）名称及行政区划代码。 | | | | | | | | | | |
| 二、本地区性别年龄别人口数（公安部门提供） | | | | | | | | | |
| 年龄组 | | 户籍人口 | | | | 居住半年以上非户籍人口 | | | |
| 男性 | | 女性 | | 男性 | | 女性 | |
| 0岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 1-4岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 5-9岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 10-14岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 15-19岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 20-24岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 25-29岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 30-34岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 35-39岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 40-44岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 45-49岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 50-54岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 55-59岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 60-64岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 65-69岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 70-74岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 75-79岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 80-84岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 85-89岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 80-94岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 95-99岁 | |  | |  | |  | |  | |
| 100岁及以上 | |  | |  | |  | |  | |
| 注：居住半年以上非户籍人口数不包括港澳台居民及外国人 | | | | | | | | | |