（書式4-1）

死亡時画像診断情報提供書

施設登録番号	
症例番号	

※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。

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・令和　年　月　日（　）歳（　）月
死亡日時	平成・令和　年　月　日　午前・午後　時　分		
発見日時 （死亡日時不明のとき）	平成・令和　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・令和　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 2．発見場所	（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（　）	
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、火災及び火焔による傷害　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・令和　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）、ﾋﾟｯﾁﾌｧｸﾀ（　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．頚部　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・令和　年　月　日）　2．未実施		

（機関名及び所在地又は医師の住所）

医師氏名

診断年月日：平成・令和　年　月　日

本提供書発行年月日：令和　年　月　日