

加拿大安大略省  
登記總署辦公室

登記號碼：  
證書號碼：  
簽發日期： 年 月 日  
檔案號碼：

## 死亡醫療證明-表格16

若為死胎須填寫表格8。埋葬許可簽發前，本表必須由醫師或驗屍官或指定人員填寫，  
本文件為永久有效之法律文件，請以黑或藍墨打印或書寫所有資。

### 有關死者資料

- 1.死者姓名： 2.死亡日期： 年 月 日  
3.性別： 4.年齡： 5.如年齡少於一歲：\_\_月\_\_天 6.如年齡少於一天：\_\_時\_\_分  
7.懷孕年齡： 8.出生重量：  
9.死亡地點： 醫院 療養院 住宅 其他（請指明）  
10.城市： 自治市，郡或區：

### 致死因素：

- 11.第一部分 病發至死亡期約為：  
猝死原因

a.導致猝死原因：

b.致死前因：

c.致死前因：

d.

### 第二部分

其他導致死亡有關之近因：

- 12.如死亡者為女性，其死亡之引發是否為：

於懷孕期間(含墮胎) 懷孕後42天之內 懷孕後43天至一年內

- 13.死者到達醫院時是否已死亡？ 是 否 14.死前28天內是否動過手術？ 是 否

- 15.手術日期： 年 月 日 16.施行手術原因及施行結果：

驗屍情形： 17.進行驗屍： 是 否 18.驗屍結果與死因相符： 是 否 18.含其他原因： 是 否  
意外或暴力死亡：

- 20.如屬意外、自殺、謀殺或未確認之原因（請詳列）：

- 21.受傷地點：(如在家,農場,高速公路等)

- 22.受傷日期： 年 月 日

- 23.如何引致受傷（請詳列原因）：

### 茲證明：

本人謹此證明上述資料並簽名認證

- 24.簽發人： 25.日期： 年 月 日

- 26.姓名： 27.職稱：醫師 驗屍官 其他(請指明)

- 28.地址：

### 由註冊登記部門寫：

本人對此份死亡醫療證明內所提供之正確與詳盡死亡陳述滿意並予以簽發

簽發人簽名：(簽名) 日期： 年 月 日 登記號碼： 登記代號：

註冊總局副局長 證明影本 鈐印

本人(申請人) \_\_\_\_\_ 聲名

上述 \_\_\_\_\_ 文譯本與 \_\_\_\_\_ 文原文文義相符

簽字：

日期：