

## 附件 1

## 遗体接运表

死者信息	死者姓名		性别		民族		年龄	
	证件类型		证件号码					
	生前住址				死亡原因			
	接运地点				接运时间			
遗体状况	<input type="checkbox"/> 遗体完整 <input type="checkbox"/> 遗体破损 <input type="checkbox"/> 遗体腐败 <input type="checkbox"/> 其他			遗物记录				
遗体类型	<p>一、在医疗卫生机构内死亡的</p> <input type="checkbox"/> 1. 在医疗卫生机构内非正常死亡的 <input type="checkbox"/> 2. 姓名清楚，但无法联系到家属、单位或其他组织的 <input type="checkbox"/> 3. 姓名不详、身份不明的 <input type="checkbox"/> 4. 医疗卫生机构不能确定是否属正常死亡的 <input type="checkbox"/> 5. 确定正常死亡，但因客观原因暂时无法出具《居民死亡医学证明（推断）书》的 <p>二、在医疗卫生机构外死亡的</p> <input type="checkbox"/> 1. 在医疗卫生机构外非正常死亡的 <input type="checkbox"/> 2. 现场不能确定是否属正常死亡的 <input type="checkbox"/> 3. 确定正常死亡，但因客观原因暂时无法出具《居民死亡医学证明（推断）书》的							
家属或证明人（签名）				与死者关系		联系电话		
经办单位				联系电话（移动/固话）				
医疗卫生机构					公安部门			
意见：					意见：			
医生（签名）：					民警（签名）：			
（单位盖章） 年 月 日					（单位盖章） 年 月 日			
殡仪馆	条形码： 接运人员签名：							
备注：1. 殡仪馆原则上凭《居民死亡医学证明（推断）书》接运遗体。 2. 确属不能现场出具《居民死亡医学证明（推断）书》的，殡仪馆可凭此表原件收殓接运遗体。 3. 此表由经办医疗卫生机构或公安部门打印填写，并经经办单位盖章后方可有效。 4. 自遗体接运后90日内，经办单位开具《居民死亡医学证明（推断）书》，并将第四联交殡仪馆。								