

คู่มือการให้บริการ : การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานตรวจศพ

ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ :	การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง)
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	กลุ่มงานตรวจศพ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันสุขภาพเด็กฯ และ สถาบันผิวน้อง
	ปริมาณผู้ป่วย/ผู้รับบริการเฉลี่ย 120 รายต่อเดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ : การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง)	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1.ติดต่อด้วยตนเอง ห้องบริการผู้วายชนม์ อาคาร 2 ชั้น 1	☒ วันจันทร์ ☒ วันอังคาร ☒ วันพุธ ☒ วันพฤหัสบดี ☒ วันศุกร์
สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์	☒ วันเสาร์ ☒ วันอาทิตย์
2. สถานที่ : สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์	☒ ไม่เว้นวันหยุดราชการ
เลขที่ 2/2 ถ.พญาไท แขวงทุ่งพญาไท	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400	☒ บริการตลอด 24 ชั่วโมง
3.รูปแบบการให้บริการ	☐ 08.30-16.30 น. ☐ พักเที่ยง 12.00-13.00 น.
- ด้วยตนเอง	☐ 16.30-20.00 น. ☐ อื่น ๆ
4.โทรศัพท์ : 02 3548208-15 ต่อ 113	
5. ไปรษณีย์ : สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์	
เลขที่ 2/2 ถ.พญาไท แขวงทุ่งพญาไท	
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400	



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)						
การขอรับบริการการจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง)						
1. หนังสือรับรองการตาย จำนวน 1 ฉบับ 2. สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต จำนวน 2 ฉบับ 3. สำเนาบัตรประชาชนผู้มาติดต่อรับศพ จำนวน 1 ฉบับ 4. หนังสือมอบอำนาจประสานเรื่องการจัดทำใบมรณบัตร จำนวน 1 ฉบับ						
7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา การให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง)						
1.	การลงทะเบียน	เจ้าหน้าที่กลุ่มงานตรวจศพตรวจสอบความถูกต้องระหว่างเอกสารหนังสือรับรองการตายกับป้ายชื่อมือศพ เมื่อถูกต้องทำการลงทะเบียนลงสมุดบันทึก และลงทะเบียนในฐานข้อมูลระบบ Webbased โรงพยาบาลราชวิถี	5	นาที/ ราย	กลุ่มงานตรวจศพ	
2.	การดำเนินการจัดทำใบมรณบัตร	ผู้รับบริการต้องนำเอกสาร เช่น สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต 2 ฉบับ สำเนาบัตรประชาชนญาติผู้มาติดต่อรับศพ 1 ฉบับ เจ้าหน้าที่ห้องศพตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำเอกสารดังกล่าว พร้อมด้วยหนังสือรับรองการตาย และใบมอบอำนาจ ไปประสานจัดทำใบมรณบัตรที่สำนักงานเขต	ระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและจัดชุดเอกสาร 10 นาที	นาที/ ราย	กลุ่มงานตรวจศพ และสำนักงานเขตราชเทวี	
3.	การจัดการศพ นิตยา อาบน้ำ	เจ้าหน้าที่ทำการฉีดยารักษาสภาพศพ อาบน้ำ แต่งตัว	45	นาที/ ราย	กลุ่มงานตรวจศพ	
4.	การจำหน่ายศพ	เจ้าหน้าที่เรียกญาติมาตรวจสอบศพว่าถูกต้องหรือไม่ และจัดทำพิธีเชิญวิญญาณ	5	นาที/ ราย	กลุ่มงานตรวจศพ	
ระยะเวลาดำเนินการรวม : 65 นาที						



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
☒ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ
-

10. ค่าบริการ	
รายละเอียดค่าบริการ :	ค่าบริการฉีดยารักษาสภาพศพ ผู้ใหญ่ 500 บาท ค่าบริการฉีดยารักษาสภาพศพ เด็ก 300 บาท

11. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	เว็บไซต์ : www.iop.or.th
2.	ตู้ร้องเรียนของสถาบันพยาธิวิทยา อาคาร 2 ชั้น 1
3.	ทางไปรษณีย์ เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ฯ 10400
4.	เข้าพบผู้อำนวยการ อาคาร 2 ชั้น 2
5.	ทางโทรศัพท์ เบอร์โทร 0 2354 8208-15 ต่อ 223

12. แบบฟอร์ม	
ชื่อเอกสาร :	หนังสือรับรองการตาย หนังสือมอบอำนาจ
ขอรับเอกสาร :	ติดต่อได้ที่กลุ่มงานตรวจศพ

14. หมายเหตุ
การจัดทำใบมรณบัตร เป็นหน้าที่ของสำนักงานเขตราชเทวีเป็นผู้จัดทำ ทางกลุ่มงานตรวจศพเพียงแต่เป็นผู้ประสานงานให้ ดังนั้นระยะเวลาในการจัดทำอาจมีการล่าช้าได้

ข้อตกลงระดับการให้บริการ

งานที่ให้บริการ	การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานตรวจศพ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

ประสานงานกับสถาบันพยาธิวิทยา
ที่อยู่: 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์: 02-3548205-15 ต่อ 113

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการทุกวัน
ตั้งแต่เวลา 08.00 – 18.30 น.

ข้อกำหนดการให้บริการ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- หนังสือรับรองการตาย จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต จำนวน 2 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้มาติดต่อรับศพ จำนวน 1 ฉบับ
- หนังสือมอบอำนาจประธานเรื่องการจัดทำใบมรณบัตร จำนวน 1 ฉบับ

ค่าบริการตรวจ

ค่าบริการฉีดยารักษาสภาพศพ ผู้ใหญ่ 500 บาท
ค่าบริการฉีดยารักษาสภาพศพ เด็ก 300 บาท

ระดับการให้บริการ

ระยะเวลา

สามารถจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง

คุณภาพ

- เพื่อให้ญาติที่มาติดต่อ ทราบระยะเวลาที่รอรับบริการในการจัดการทั้งศพและเอกสาร
- เพื่อให้มีการทราบระยะเวลาในการจำหน่ายศพ สามารถจำหน่ายศพได้อย่างถูกต้อง และช่วยให้ญาติสามารถวางแผนในการจัดการศพได้ง่ายยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

การติดต่อขอรับศพ

1. ระบบการลงทะเบียนศพ	กลุ่มงานตรวจศพ
2. การดำเนินการจัดทำใบมรณบัตร	กลุ่มงานตรวจศพ และ สำนักงานเขตราชเทวี
3. การจัดการศพ อาบน้ำ ฉีดยา จัดทำพิธี	กลุ่มงานตรวจศพ
4. การจำหน่ายศพ	กลุ่มงานตรวจศพ
5. การชำระค่าบริการจัดการศพ	งานการเงิน

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1.เว็บไซต์: www.iop.or.th

2.ตู้ร้องเรียนของสถาบันพยาธิวิทยา อาคาร 2 ชั้น 1

3.ทางไปรษณีย์ เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

4.เข้าพบผู้อำนวยการ อาคาร 2 ชั้น 2

5.ทางโทรศัพท์ เบอร์โทร 0 2354 8208-15 ต่อ 113

แบบฟอร์ม ขอรับบริการหัตถการต่าง ๆ
งานชั้นสูงศรศพ กลุ่มงานพยาธิวิทยา
โรงพยาบาลราชวิถี (Rajavithi Hospital)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้ตาย นามสกุล อายุ ปี หอผู้ป่วยที่เสียชีวิต

มีความประสงค์ขอรับบริการ

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| 1. จัดยาเพื่อรักษาพยาธิสภาพศพ | ☐ มีความประสงค์ขอฉีด | ☐ ไม่ฉีดยาศพ |
| 2. อาบน้ำ-สระผม | ☐ มีความประสงค์ขอทำ | ☐ ไม่ขอทำ |
| 3. เปลี่ยนเสื้อผ้า | ☐ มีความประสงค์ขอเปลี่ยน | ☐ ไม่มีความประสงค์ขอเปลี่ยน |
| 4. แต่งหน้าศพ | ☐ มีความประสงค์ขอแต่ง | ☐ ไม่ขอแต่งหน้าศพ |
| 5. แจ้งใบมรณบัตร | ☐ มีความประสงค์ขอแจ้ง | ☐ ไม่ขอแจ้ง |
| 6. รถบรรทุกศพ | ☐ มีความประสงค์ขอให้รถ | ☐ ไม่ขอให้รถ |
| 7. หีบบรรจุศพ | ☐ มีความประสงค์ขอให้บรรจุศพ | ☐ ไม่ขอให้บรรจุศพ |
| 8. พิธีรดน้ำศพ | ☐ มีความประสงค์ขอรดน้ำศพ | ☐ ไม่ขอรดน้ำศพ |
| 9. อื่นๆ..... | | |

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้องขอรับบริการ
 (.....)

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ผู้ฉีดยาศพ ชื่อ สกุล

ผู้ช่วยฉีดยาศพ ชื่อ สกุล

ผู้อาบน้ำ - สระผม ชื่อ สกุล

เปลี่ยนเสื้อผ้า ชื่อ สกุล

แต่งหน้าศพ ชื่อ สกุล

ผู้แจ้งใบมรณบัตร ชื่อ สกุล

ชื่อ - สกุล เจ้าหน้าที่ห้องศพ
 เวลา น. ผู้รับเรื่อง

แบบฟอร์มขอรับศพ กลุ่มงานพยาธิวิทยา งานชันสูตรศพ
โรงพยาบาลราชวิถี (Rajavithi Hospital)



วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อนามสกุล (ผู้ขอรับศพ)

ซึ่งเกี่ยวข้องกับของผู้เสียชีวิตชื่อ นามสกุล

อายุ.....ปี HN.....AN..... และเป็นผู้มีสิทธิตามกฎหมายจัดการศพ
ขออนุญาตรับศพ

ลงชื่อ ผู้มีสิทธิขอรับศพ

ตรวจสอบคำรักษาพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ พยาบาลหรือหัวหน้าตึก

ตรวจสอบสิทธิ ญาติเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ เจ้าหน้าที่งานชันสูตรศพ
(ผู้อนุญาตจ่ายศพ)

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้มี 2 ตอน ให้เก็บไว้ที่ตึกผู้ป่วย 1 ใบ ส่งมาที่งานชันสูตรศพ 1 ใบ เจ้าหน้าที่งานชันสูตรศพ
จะจ่ายศพให้ต่อเมื่อมีลายเซ็นอนุมัติของ พยาบาลหรือหัวหน้าตึกเท่านั้น

ตอน 1

แบบฟอร์มขอรับศพ กลุ่มงานพยาธิวิทยา งานชันสูตรศพ
โรงพยาบาลราชวิถี (Rajavithi Hospital)



วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อนามสกุล (ผู้ขอรับศพ)

ซึ่งเกี่ยวข้องกับของผู้เสียชีวิตชื่อ นามสกุล

อายุ.....ปี HN.....AN..... และเป็นผู้มีสิทธิตามกฎหมายจัดการศพ
ขออนุญาตรับศพ

ลงชื่อ ผู้มีสิทธิขอรับศพ

ตรวจสอบคำรักษาพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ พยาบาลหรือหัวหน้าตึก

ตรวจสอบสิทธิ ญาติเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ เจ้าหน้าที่งานชันสูตรศพ
(ผู้อนุญาตจ่ายศพ)

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้มี 2 ตอน ให้เก็บไว้ที่ตึกผู้ป่วย 1 ใบ ส่งมาที่งานชันสูตรศพ 1 ใบ เจ้าหน้าที่งานชันสูตรศพ
จะจ่ายศพให้ต่อเมื่อมีลายเซ็นอนุมัติของ พยาบาลหรือหัวหน้าตึกเท่านั้น

ตอน 2



ท.ร. 4/1 ตอนที่ 1

หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่..... / วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 ผู้ ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน	1.3 เพศ
	1.4 อายุ ปี	1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ	1.7 สถานภาพสมรส
	1.8 ที่อยู่			1.9 ศาสนา

2 รายการ ตาย	2.1 ตาย วันที่.....เวลา.....น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))		
	a) (due to)		
	b) (due to)		
c) (due to)		d)	
2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....			
2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย).....			
2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี ☐ ไม่ตั้งครรภ์ ☐ กำลังตั้งครรภ์.....สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต ☐ เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ			

3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่	3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี.....เดือน.....วัน
-----------------	----------------------------	--

4 มารดา บิดาของ ผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา	4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน
	4.4 ชื่อตัว - ชื่อสกุลบิดา	4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำตัวประชาชน

5 ผู้รับรอง การตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		เลขประจำตัวประชาชน
	5.2 เป็น ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน ☐ พยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....		

หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายเกณฑ์บัญชี
จำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตาย
ของประเทศ และใช้ในการด้านการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น ลงชื่อ
จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้

ขอรับรองว่ารายงานข้างต้นถูกต้อง

ผู้รับรองการตาย

()

ใบรับแจ้งการตายสำหรับเจ้าหน้าที่สำนักทะเบียนที่รับแจ้ง

สำนักทะเบียน.....

ที่..... /

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 หลักฐาน การแจ้ง ตาย	☐ บัตรประจำตัวของผู้แจ้ง	
	☐ หนังสือมอบหมายจากเจ้าบ้าน	
	☐ สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่	
	☐ บัตรประจำตัวของผู้ตาย	
	☐ หลักฐานอื่น ๆ	
2 ผู้แจ้ง การตาย	2.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล	2.2 เลขประจำตัวประชาชน
	2.3 ที่อยู่.....	2.4 ความเกี่ยวพันเป็น.....
3 ศพ	3.1 จัดการศพโดย ☐ เก็บ ☐ ผัง ☐ เผา ☐ อื่น ๆ	3.2 สถานที่จัดการศพ

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....)

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง
(.....)

เสนอ นายทะเบียน..... ตรวจสอบหลักฐานแล้ว ปรากฏว่า..... เห็นควร..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....	คำสั่งนายทะเบียน ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....
---	--

บันทึกการปฏิบัติงาน ☐ ได้ออกมรณบัตรแล้ว เลขที่..... ☐ ได้จำหน่ายชื่อในทะเบียนบ้าน เลขที่..... ☐ อื่น ๆ.....	ลงชื่อผู้ปฏิบัติ
ข้าพเจ้าได้รับ ☐ มรณบัตรเลขที่..... ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่..... ลงชื่อ.....ผู้รับ (.....)/...../.....	

ได้รับหลักฐานการรับแจ้งตายแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง

คำสั่งการจัดการศพ

☐ เก็บ ☐ ผัง ☐ เผา ☐ อื่น ๆ

หลักฐานการรับแจ้งตาย

สำนักทะเบียน.....

ได้รับแจ้งการตายของ.....

ตามใบรับแจ้งการตายเลขที่...../.....

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

(.....)

สถานที่.....

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

(.....)



ท.ร. 4/1 ตอนที่ 2

หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่..... / วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 ผู้ ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน	1.3 เพศ
	1.4 อายุ ปี	1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ	1.7 สถานภาพสมรส
	1.8 ที่อยู่			1.9 ศาสนา
2 รายการ ตาย	2.1 ตาย วันที่ เวลา น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่ง เสียชีวิต
	a) (due to)			
	b) (due to)			
	c) (due to)			
d)				
2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....				
2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย).....				
2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี ☐ ไม่ตั้งครรภ์ ☐ กำลังตั้งครรภ์.....สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต ☐ เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ				
3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่			3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี เดือน วัน
4 มารดา บิดาของ ผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา		4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน
	4.4 ชื่อตัว - ชื่อสกุลบิดา		4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำตัวประชาชน
5 ผู้รับรอง การตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน			
	5.2 เป็น ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน ☐ พยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....			
หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายเกณฑ์บัญชี จำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตาย ของประเทศ และใช้ในการด้านการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น ลงชื่อ จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้ ()				
ผู้รับรองการตาย				

แบบฟอร์มใบส่งศพ โรงพยาบาลราชวิถี (Rajavithi Hospital)

จากตึกผู้ป่วย โทร

ถึงงานชันสูตรศพ กลุ่มงานพยาธิวิทยา โทร 3040

ผู้ป่วยชื่อ นามสกุล HN. AN.

อายุ ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที

บ้านเลขที่ของ(ผู้เสียชีวิต) หมู่ ตำบล อำเภอ/เขต จังหวัด

รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา

เสียชีวิต วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น้ำหนัก

ประวัติการรักษา

การวินิจฉัยเบื้องต้น

การรักษาที่ได้รับ/การทำหัตถกรรมต่าง ๆ

สาเหตุการเสียชีวิต

ตำหนิหรือบาดแผล

บันทึกข้อมูลผู้ป่วยคดี

วัน เดือน ปี ที่เกิดเหตุ เวลา น.

สถานที่หรือท้องที่เกิดเหตุ ชื่อร้อยเวร

สถานที่หรือท้องที่เสียชีวิต ชื่อร้อยเวร

ชื่อผู้นำส่ง

ศพนี้จัดการโดย () รอญาติมาติดต่อ () มอบให้โรงพยาบาลชันสูตรศพ
 () มอบให้โรงพยาบาลจัดการ () มอบให้หน่วยงานอื่นๆ.....จัดการ
 (ฝังหรือเผา)

ลงชื่อผู้ส่ง พยาบาลประจำตึก

ลงชื่อผู้รับ เจ้าหน้าที่งานชันสูตรศพ

วัน เดือน พ.ศ.

เวลา น.