

PDR Treatment
Check Letter

Date: DD /MM /YY

Age (when deceased):

1. The name of the deceased person:

2. Gender: Man / Woman

3. Address in Japan:

4. Time and date of decease

5. Cause of decease: age / sick / accident / suicide

6. Has the remain already dissected? Yes / No

*7. Infectious disease: Yes / No

8. Do you have picture of the deceased person (when he/she was alive) Yes / No

9. Size of coffin (casket): Small / Medium / Large / Extra Large

* Answer of No.7 and attachment of the copy of the certificate of death are important to keep health of staffs.
Thank you for your cooperation.

チェックリスト

<input type="checkbox"/>	死亡時刻が 12 時間を超えている
<input type="checkbox"/>	死因が肺炎（結核由来）・C 型肝炎である
<input type="checkbox"/>	死因が肺疾患である
<input type="checkbox"/>	服が濡れている箇所がある
<input type="checkbox"/>	顔色が黄疸色である
<input type="checkbox"/>	服の上から鎖骨部分を触るとスポンジのような感触がある
<input type="checkbox"/>	大腿部を触るとスポンジのような感触がある
<input type="checkbox"/>	点滴後から血液が漏れている
<input type="checkbox"/>	着替えの服は首元が隠れている（首出しドレスなどは事前連絡）

処置前チェックリスト

<input type="checkbox"/>	処置依頼書
<input type="checkbox"/>	処置依頼書の記入漏れ（サイン等）はないか
<input type="checkbox"/>	死亡診断書コピー
<input type="checkbox"/>	お着替え用の服
<input type="checkbox"/>	故人様の写真はお預かりしているか

備考欄

※装飾品（眼鏡・指輪等）在中、 日延べ、日数等	担当者印
----------------------------	------