

แบบบันทึกข้อมูลศพนิรนาม

คำชี้แจงโปรดกรอกข้อมูลในช่องว่าง และให้ทำเครื่องหมาย “กากบาท” ลงในช่องสี่เหลี่ยม ☒

1. ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่ชันสูตร.....วัน/เดือน/ปี/เวลา ที่ชันสูตร.....

แพทย์ชันสูตร.....สังกัด.....

ส่งมาจาก สภ./สน.บก./ภ.จว.บช./ภ.

ชื่อพนักงานสอบสวน.....

บันทึกประจำวัน ข้อ.....เวลา.....น. วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่พบศพ.....

วัน/เดือน/ปี/เวลา ที่เกิดเหตุ.....

วัน/เดือน/ปี/เวลา ที่ส่งศพ.....

วัน/เดือน/ปี/เวลา ที่รับศพ.....

** ในกรณีเป็นศพของคนนิรนามโปรดระบุรายละเอียด ดังนี้

เลขที่คนนิรนาม.....ชื่อหน่วยงานที่ดูแลก่อนเสียชีวิต.....

.....จังหวัด.....

2. ข้อมูลศพนิรนาม

ชื่อของผู้ตาย(ถ้ารู้).....

เพศ ☐ชาย ☐หญิง ☐ ไม่ทราบเพศ

อายุ (โดยประมาณ).....ปี ตายมาประมาณ.....ชม./วัน

การแต่งกาย/เครื่องประดับ/สิ่งของติดตัว.....

.....

.....

.....

สถานที่ส่งศพฝัง/เลขที่หลุมศพ.....

.....

สภาพศพ (เลือกดำเนินการเพียงช่องเดียว)

☐ Intact fresh corpses

☐ Decomposed corpses

☐ Skeletalized material

☐ Mutilated and dismembered corpses.....

แบบบันทึกข้อมูลศพนิรนาม

คำชี้แจงโปรดกรอกข้อมูลในช่องว่าง และให้ทำเครื่องหมาย “กากบาท” ลงในช่องสี่เหลี่ยม ☒

3. ตำหนิรูปพรรณศพนิรนาม (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ความสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก. หมูโโลหิต.....

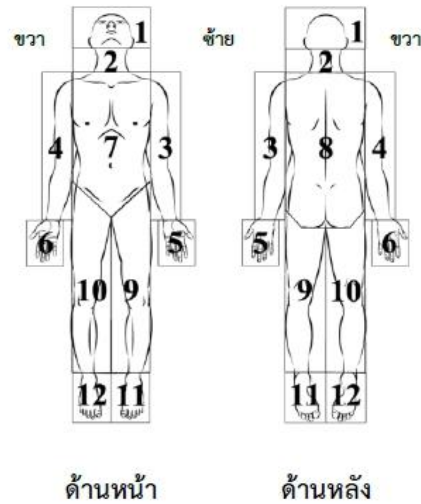
รูปร่าง	<input type="checkbox"/> สูง	<input type="checkbox"/> สั้นท้วม	<input type="checkbox"/> เตี้ย	<input type="checkbox"/> ลำสัน	<input type="checkbox"/> อ้วน	<input type="checkbox"/> ผอม
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
ผิว	<input type="checkbox"/> ขาว	<input type="checkbox"/> ขาวเหลือง	<input type="checkbox"/> ดำ	<input type="checkbox"/> ดำแดง	<input type="checkbox"/> ตกรัศ	<input type="checkbox"/> สะเียด
	<input type="checkbox"/> หยาบ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				
ผม	<input type="checkbox"/> เป้	<input type="checkbox"/> แสกกลาง	<input type="checkbox"/> เสย	<input type="checkbox"/> เส้นผมตรง	<input type="checkbox"/> เป็นคลื่น	<input type="checkbox"/> หยิก
	<input type="checkbox"/> ผมฟู	<input type="checkbox"/> หนา	<input type="checkbox"/> บาง	<input type="checkbox"/> ดำ	<input type="checkbox"/> ขาว	<input type="checkbox"/> หงอก
	<input type="checkbox"/> หงอกประปราย	<input type="checkbox"/> แดง	<input type="checkbox"/> ทอง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		
ศีรษะ	<input type="checkbox"/> ลำนเล็ก	<input type="checkbox"/> ลำนเลี่ยน	<input type="checkbox"/> ลำนครึ่งศีรษะ	<input type="checkbox"/> ลำนงำมถ่อ		
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
ใบหน้า	<input type="checkbox"/> กลม	<input type="checkbox"/> รูปไข่	<input type="checkbox"/> ยาว	<input type="checkbox"/> สามเหลี่ยม	<input type="checkbox"/> สี่เหลี่ยม	<input type="checkbox"/> สั้น
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
หน้าผาก	<input type="checkbox"/> กว้าง	<input type="checkbox"/> แคบ	<input type="checkbox"/> โหนก	<input type="checkbox"/> ตรง	<input type="checkbox"/> ลาด	<input type="checkbox"/> สั้น
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
คิ้ว	<input type="checkbox"/> หนา	<input type="checkbox"/> บาง	<input type="checkbox"/> ต่อ	<input type="checkbox"/> ห่าง	<input type="checkbox"/> สั้น	<input type="checkbox"/> ชี้
	<input type="checkbox"/> ดำ	<input type="checkbox"/> ขาว	<input type="checkbox"/> แดง	<input type="checkbox"/> หงอกประปราย		
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
ตา	<input type="checkbox"/> โต	<input type="checkbox"/> เล็ก	<input type="checkbox"/> ชันเดียว	<input type="checkbox"/> สองชัน	<input type="checkbox"/> โปน	<input type="checkbox"/> ลึก
	<input type="checkbox"/> ปรีอ	<input type="checkbox"/> หยี้	<input type="checkbox"/> เหล่	<input type="checkbox"/> เข	<input type="checkbox"/> เอก	<input type="checkbox"/> ถั่ว
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
หู	<input type="checkbox"/> กาง	<input type="checkbox"/> สิบ	<input type="checkbox"/> กลม	<input type="checkbox"/> สามเหลี่ยม	<input type="checkbox"/> สี่เหลี่ยม	<input type="checkbox"/> กะหล่ำปลี
	<input type="checkbox"/> ตั้งหูเหลี่ยม	<input type="checkbox"/> ตั้งหูราบ	<input type="checkbox"/> ตั้งหูย้อย	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		
จมูก	<input type="checkbox"/> ตั้งจมูกราบ	<input type="checkbox"/> ตั้งจมูกโค้ง	<input type="checkbox"/> ตั้งจมูกลึก	<input type="checkbox"/> สันจมูกตรง	<input type="checkbox"/> สันจมูกโค้ง	<input type="checkbox"/> สันจมูกเหลี่ยม
	<input type="checkbox"/> สันจมูกสั้น	<input type="checkbox"/> จมูกกว้าง	<input type="checkbox"/> จมูกแคบ	<input type="checkbox"/> จมูกเข็ด	<input type="checkbox"/> จมูกงุ้ม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
ปาก	<input type="checkbox"/> หนา	<input type="checkbox"/> บาง	<input type="checkbox"/> กว้าง	<input type="checkbox"/> แคบ	<input type="checkbox"/> รูปกระจับ	<input type="checkbox"/> บนยื่น
	<input type="checkbox"/> ล่างยื่น	<input type="checkbox"/> ไม่มีร่องปาก	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
คาง	<input type="checkbox"/> ตรง	<input type="checkbox"/> สั้น	<input type="checkbox"/> ยื่น	<input type="checkbox"/> ป้าน	<input type="checkbox"/> บุ่ม	<input type="checkbox"/> เหลี่ยม
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
หนวดและเครา	<input type="checkbox"/> หนา	<input type="checkbox"/> บาง	<input type="checkbox"/> เล็กเรียว	<input type="checkbox"/> ยาว	<input type="checkbox"/> สั้น	<input type="checkbox"/> ปลายอน
	<input type="checkbox"/> ดำ	<input type="checkbox"/> แดง	<input type="checkbox"/> หงอกขาว	<input type="checkbox"/> หงอกประปราย		
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					

แบบบันทึกข้อมูลศพนิรนาม

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลในช่องว่าง และให้ทำเครื่องหมาย “กากบาท” ลงในช่องสี่เหลี่ยม ☒

รอยสัก (รูปแบบ สี) แผลเป็นหรือตำหนิ (ไฟ ปาน และอื่นๆ) ลักษณะพิการ/ลักษณะพิเศษ

ตำแหน่ง (1-13) ด้าน (หน้า/หลัง/ใน/นอก)



- 1).....ตำแหน่ง.....ด้าน.....
- 2).....ตำแหน่ง.....ด้าน.....
- 3).....ตำแหน่ง.....ด้าน.....
- 4).....ตำแหน่ง.....ด้าน.....
- 5).....ตำแหน่ง.....ด้าน.....
- 6).....ตำแหน่ง.....ด้าน.....
- 7).....ตำแหน่ง.....ด้าน.....
- 8).....ตำแหน่ง.....ด้าน.....

ข้อมูลทางการแพทย์ ☐ แข็งแรง ☐ ไม่แข็งแรง ☐ ไม่ทราบ

☐ ประวัติโรคประจำตัว.....

☐ การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (ภาพถ่ายรังสี สารพันธุกรรม และอื่นๆ).....

☐ ประวัติการรักษาพยาบาล (การผ่าตัด ใส่เหล็กตาม กายอุปกรณ์และอื่นๆ).....

ข้อมูลฟัน

ฟัน	<input type="checkbox"/> ใหญ่	<input type="checkbox"/> เล็ก	<input type="checkbox"/> เรียบ	<input type="checkbox"/> เก	<input type="checkbox"/> ห่าง	<input type="checkbox"/> ยื่น
	<input type="checkbox"/> หลอ	<input type="checkbox"/> ขาว	<input type="checkbox"/> เหลือง	<input type="checkbox"/> ดำ	<input type="checkbox"/> ครอบฟัน	<input type="checkbox"/> ฟันปลอม
	<input type="checkbox"/> จัดฟัน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				

ขวามือ	18	17	16	15-55	14-54	13-53	12-52	11-51	super	21-61	22-62	23-63	24-64	25-65	26	27	28	ซ้ายมือ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ขาขวา	48	47	46	45-85	44-84	43-83	42-82	41-81	super	31-71	32-72	33-73	34-74	35-75	36	37	38	ขาซ้าย
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

หมายเหตุ.....

แบบบันทึกข้อมูลศพนิรนาม

คำชี้แจงโปรดกรอกข้อมูลในช่องว่าง และให้ทำเครื่องหมาย “กากบาท” ลงในช่องสี่เหลี่ยม ☒

4. เอกสารแนบ (*จำเป็นต้องมี)

- ☐ รูปถ่ายหน้าตรงของศพนิรนาม*
- ☐ รูปถ่ายทั้งตัวของศพนิรนาม*
- ☐ รูปถ่ายอัตลักษณ์บุคคล/การแต่งกาย/ทรัพย์สินติดตัว/เครื่องประดับของศพนิรนาม*
- ☐ ข้อมูลทางทันตกรรม
- ☐ ข้อมูลภาพถ่ายทางรังสี
- ☐ ข้อมูลการชันสูตรศพเบื้องต้น/รายงานการชันสูตรศพ
- ☐ ข้อมูลสารพันธุกรรม
- ☐ อื่นๆ.....
.....

5. การดำเนินการด้านการส่งข้อมูล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ตร.
- ☐ ค.พ.ศ.
- ☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....