

मृत्यु रिपोर्ट

विविध सूचना

यह भाग मृत्यु रजिस्टर में लगाया जाये।

इत्तिला देने वाले द्वारा भरा जाये।

- (1) मृत्यु की तारीख:  
(मृत्यु का वास्तविक दिन, मास और वर्ष भरें जैसे: 1.1.2000)
- (2) मृतक का नाम:
- (3) (पूरा नाम जैसे कि प्रायः लिखा जाता है)  
मृतक का लिंग: (पुरुष या स्त्री प्रविष्टि करें।) (सक्षिप्तियों का प्रयोग न करें)
- (4) मृतक के पिता/पति का पूरा नाम:  
(पूरा नाम जैसे कि प्रायः लिखा जाता है)
- (5) मृतक की माता का पूरा नाम:  
(पूरा नाम जैसे कि प्रायः लिखा जाता है)
- (6) मृतक का स्थाई पता:
- (7) मृतक का मृत्यु के समय पता:
- (8) मृतक की आयु: (यदि मृतक की आयु एक वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में प्रविष्टि करें। यदि मृतक की आयु एक वर्षों से कम हो तो आयु मासों में प्रविष्टि करें और यदि मृतक की आयु एक माह से कम हो तो आयु पूर्ण दिनों में लिखिए और यदि एक दिन से कम हो तो आयु घंटों में लिखिए)
- (9) मृत्यु का स्थान: (नीचे दी गई समुचित प्रविष्टियों 1, 2, 3 में से उचित पर निशान लगाएं और उस अस्पताल/स्थान का नाम या घर का पता प्रविष्टि करें जहां मृत्यु हुई है, यदि अन्य स्थान पर हुई हो तो वहां की अवस्थिति दें।  
नाम: \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_
- (10) इत्तिला देने वाले का नाम:  
पता: \_\_\_\_\_

(1 से 21 तक की समस्त प्रविष्टियों को भरने के पश्चात इत्तिला देने वाले यहां तारीख और हस्ताक्षर करेंगे।)

तारीख: इत्तिला देने वाले के हस्ताक्षर या बाएं हाथ की अंगूठा निशानी

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाये

रजिस्ट्रीकरण सं. रजिस्ट्रीकरण की तारीख:

रजिस्ट्रीकरण इकाई: जिला:

नगर/गांव:

अभ्युक्तिर्ग (यदि कोई हो)

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

प्ररूप सं. 2

(नियम 5 देखिए)

मृत्यु रिपोर्ट

सांख्यिकीय सूचना

यह भाग अलग करके सांख्यिकीय प्रक्रिया हेतु भेजा जाये।

इत्तिला देने वाले द्वारा भरा जाये।

(11) मृतक के निवास का नगर या गांव (स्थान जहां मृतक वास्तव में रहता था। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहां उसकी मृत्यु हुई है)

(धर का पता लिखना अपेक्षित नहीं है)

(क) नगर/गांव का नाम:

(ख) नगर है या गांव : (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर सही का निशान लगाये)

(1) नगर (2) गांव

(ग) जिले का नाम

(घ) राज्य का नाम

(12) धर्म: (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर निशान लगाये)

(1) हिन्दू (2) मुस्लिम (3) ईसाई

(4) अन्य कोई धर्म (धर्म का नाम लिखिए)

(13) मृतक का व्यवसाय :

(यदि कोई व्यवसाय नहीं करता है तो कुछ नहीं लिखिये)

(14) मृत्यु से पूर्व प्रदान किया गया चिकित्सीय उपचार:

(निम्न प्रविष्टियों में से समुचित पर सही का निशान लगाये)

(1) संस्थान

(2) संस्थान के अतिरिक्त अन्य चिकित्सीय उपचार

(3) कोई चिकित्सीय उपचार नहीं किया गया

(15) क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित है ?

(नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर सही का निशान लगाइये)

(1) हां (2) नहीं

(16) बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण : (किसी भी प्रकार से हुई मृत्यु के मामले में चिकित्सीय रूप से प्रमाणित या अप्रमाणित का विचार किए बिना)

(17) यदि मृतक स्त्री है, क्या मृत्यु गर्भवती रहने के दौरान, प्रसव के समय या गर्भावस्था के पश्चात 6 सप्ताह के भीतर हुई है:

(निम्न प्रविष्टियों में से समुचित पर सही का निशान लगाइये)

(1) हां (2) नहीं

(18) क्या धूम्रपान का आभ्यासिक था, यदि हां तो कितने वर्षों से ?

(19) क्या किसी भी रूप में तम्बाकू खाने का आभ्यासिक था, यदि हां तो कितने वर्षों से ?

(20) क्या किसी भी रूप में सुपारी (पानमसाला को सम्मिलित करते हुए) खाने का आभ्यासिक था, यदि हां तो तो कितने वर्षों से ?

(21) क्या मदिरापान का आभ्यासिक था, यदि हां तो कितने वर्षों से ? (सम्पूर्ण स्तम्भों को भरने के पश्चात बाईं तरफ अपने हस्ताक्षर किजिये)

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाये

रजिस्ट्रीकरण संख्या. रजिस्ट्रीकरण की तारीख:

मृत्यु की तारीख :

लिंग: (1) पुरुष (2) स्त्री

आयु: वर्ष: मास: दिन: घण्टे

मृत्यु का स्थान: (1) अस्पताल/संस्थान (2) घर (3) अन्य स्थान

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर