

मृत्यु रिपोर्ट प्ररूप (नियम 5 देखिये)

प्ररूप क्रमांक-2 मृत्यु रिपोर्ट प्ररूप (विधिक जानकारी) (सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)

1. मृत्यु दिनांक.....
2. मृतक कानाम
एवं पूर्ण पता
3. मृतक का लिंग - (पुरुष/स्त्री)
4. मृतक की आयु
(यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो पूर्ण किये गए वर्ष,
यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी तो आयु मास में तथा
यदि 1 मास से कम था तो पूर्ण दिनों की संख्या और यदि एक दिन
से कम हो तो घंटे)
- 4(क) मृतक के पिता/पति का नाम
5. मृत्यु का स्थान (निम्न समुचित प्रविष्टि पर ✓का निशान लगाएं)
(1) अस्पताल / संस्था में
नाम.....
(2) घर में
पता.....
(3) अन्य स्थान पर
6. सूचनादाता का नाम व पता

दिनांक सूचनादाता के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

रजिस्ट्रीकरण क्रमांक
रजिस्ट्रीकरण दिनांक
रजिस्ट्रीकरण इकाई
नगर/ग्राम
जिला
टिप्पणियां

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर
एवं सील

(सांख्यिकीय जानकारी)

7. मृतक के सामान्य निवास का स्थान :
(अ) स्थान का नाम
(ब) क्या वह नगर है या ग्राम है ?
(निम्न समुचित प्रविष्टि पर ✓का निशान लगाएं)
1. नगर 2. ग्राम
(स) जिले का नाम
(द) राज्य का नाम
8. धर्म (निम्न समुचित प्रविष्टि पर ✓का निशान लगाएं)
1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. ईसाई
4. अन्य धर्म (नाम लिखें)
9. मृतक का व्यवसाय
10. मृत्यु से पूर्व प्राप्त चिकित्सा का प्रकार
(निम्न समुचित प्रविष्टि पर ✓का निशान लगाएं)
1. संस्थागत
2. संस्थागत के अलावा अन्य चिकित्सा
3. कोई चिकित्सा विचारण नहीं

नाम कोड क्रमांक
जिला
तहसील
नगर/ग्राम
रजिस्ट्रीकरण इकाई

(सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)

11. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित किया गया ?
(निम्न समुचित प्रविष्टि पर ✓का निशान लगाएं)
1. हां 2. नहीं
12. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण
(चाहे चिकित्सीय रूप से प्रमाणित हो अथवा नहीं)
13. स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रसूति के समय या
गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सप्ताह के भीतर हुई ?
(निम्न समुचित प्रविष्टि पर ✓का निशान लगाएं)
1. हाँ 2. नहीं
14. यदि धूम्रपान का आदि था तो कितने वर्षों से ?
15. यदि किसी भी रूप में तम्बाकू सेवन करता था तो कितने वर्षों से ?
16. यदि सुपारी (पान मसाला या पान को सम्मिलित करते हुए)
चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से ?
17. यदि अल्कोहल पीने का आदी था तो कितने वर्षों से ?

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

रजिस्ट्रीकरण क्रमांक
रजिस्ट्रीकरण दिनांक
मृत्यु दिनांक
आयु (वर्ष/माह/दिन/घण्टे)
लिंग : 1. पुरुष 2. स्त्री
मृत्यु का स्थान : 1. अस्पताल/संस्था 2. घर 3. अन्य स्थान

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर
एवं सील

प्ररूप क्रमांक 2