

प्रपत्र संख्या-II

मृत्यु सूचना प्रपत्र

(नियम 5 देखें)

| | | |
|--|---|--|
| प्ररूप संख्या-2 मृत्यु रिपोर्ट विधिक सूचना यह भाग मृत्यु रजिस्टर के साथ जोड़ा जाए इतिला देने वाले द्वारा भरा जाए | मृत्यु रिपोर्ट सांख्यिकी सूचना-यह भाग अलग किया जाए और सांख्यिकी प्रसंस्करण को भेजा जाए इतिला देने वाले द्वारा भरा जाए | गुणक एक से अधिक जन्म की दशा के लिए पृथक प्रारूप भरें और गर्भ स्थिति जुड़वां बच्चों या तिहरे बच्चों वाला निम्न बाक्स में टिप्पण स्तम्भ लिखें। |
| 1 मृत्यु की तारीख : (सही दिन, मास और वर्ष लिखें जिस दिन मृत्यु हुई जैसे कि 1-1-2000) | 10 मृतक के निवास का नगर या ग्राम (वह स्थान जहां मृतक प्रायः रहता था। वह उस स्थान के भिन्न हो सकता है जहां मृत्यु हुई है। घर का पता लिखा जाना अपेक्षित नहीं है)। | 16 स्त्री की मृत्यु की दशा में, क्या मृत्यु जब वह गर्भवती, प्रसव के समय, या गर्भ-धारण के अवसान के पश्चात् 6 सप्ताह के भीतर हुई। |
| 2 मृतक का नाम : (पूरा नाम जैसे प्रायः लिखा जाता है) | (क) नगर/ग्राम का नाम : (ख) क्या यह एक नगर या ग्राम है। (निम्न उचित प्रविष्टि पर निशान लगाएं): | 17 यदि धूम्रपान किया करता था तो कितने समय से। |
| 3 माता का नाम : (पूरा नाम जैसे प्रायः लिखा जाता है) | 1. नगर 2. ग्राम | |
| 4 पिता/पति का नाम : (पूरा नाम जैसे प्रायः लिखा जाता है) | (ग) जिला का नाम : (घ) राज्य का नाम : | 18 यदि किसी रूप में तम्बाकू चबाया करता था तो कितने वर्षों से ? |
| 5 मृतक का लिंग : (पुरुष या स्त्री लिखें संक्षेपाक्षर का प्रयोग न करें) | 11 धर्म : (निम्न उचित प्रविष्टि पर निशान न लगाएं): 1. हिन्दू, 2. मुस्लिम, 3. इसाई, 4. सिख, 5. कोई अन्य धर्म (धर्म का नाम लिखें) | 19 यदि किसी रूप में सुपारी चबाया करता था (जिसमें पान मसाला भी है) तो कितने वर्षों से ? |
| 6 मृतक की आयु : यदि मृतक एक वर्ष की आयु से ऊपर है, तो पूर्ण वर्षों में आयु दें। यदि मृतक एक वर्ष से कम आयु का था तो महीनों में आयु दें, और यदि एक महीने से कम का हो, तो पूरे किए दिनों की संख्या में आयु दें, और यदि एक दिन से कम हो तो घण्टों में आयु दें) | 12 मृतक की उपजीविका : (यदि कोई उपजीविका नहीं हो, तो 'शुल्क' लिखें) | 20 यदि मद्यपान किया करता था तो कितने वर्षों से ? |
| 7 स्थायी पता : | 13 मृत्यु से पूर्व प्राप्त की गई चिकित्सा का प्रकार : (निम्न उचित प्रविष्टि पर निशान लगाएं) : 1. संस्थागत 2. संस्था से अन्य चिकित्सीय उपचार 3. कोई चिकित्सीय उपचार नहीं | |
| 8 मृत्यु का स्थान : (निम्न उचित प्रविष्टि 1, 2 या 3 पर निशान लगाएं और अस्पताल/संस्थान का नाम दें या घर का पता, जहां मृत्यु हुई है यदि कोई अन्य स्थान है तो अव स्थिति दें) 1. अस्पताल/संस्था : नाम: 2. घर : पता : 3. अन्य स्थान: | 14 क्या मृत्यु का कारण चिकित्सक रूप में प्रमाणित किया था ? (निम्न उचित प्रविष्टि पर निशान लगाएं) 1. हां 2. नहीं | |
| 9 सूचना देने वाले का नाम व पता : (समस्त खण्ड 1 से 19 पूर्ण करने के पश्चात् इतिला देने वाला तारीख और हस्ताक्षर करेगा) | 15 बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण : (समस्त मौतों का विचार किए बिना चाहे चिकित्सक रूप में प्रमाणित की है या नहीं) | अब बायीं ओर हस्ताक्षर करें |

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना

रजिस्ट्रीकरण संख्या :

रजिस्ट्रीकरण इकाई :

नगर/ग्राम :

टिप्पणियां : (यदि कोई हो)

रजिस्ट्रीकरण तारीख :

जिला :

रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर।

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

नाम :

जिला : कोड संख्या

तहसील :

नगर/ग्राम :

रजिस्ट्रीकरण इकाई :

रजिस्ट्रीकरण संख्या :

रजिस्ट्रीकरण तारीख :

मृत्यु की तारीख :

लिंग : 1. पुरुष, 2. स्त्री

आयु.....वर्ष/महीना/दिन/घण्टे

मृत्यु का स्थान : 1. अस्पताल/संस्थान

2. घर 3. अन्य स्थान :

रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर।