

मृत्यु रिपोर्ट
विधिक सूचना

इस भाग को मृत्यु रजिस्टर के साथ जोड़ा जाना है

मृत्यु रिपोर्ट
सांख्यिकीय सूचना

इस भाग को अलग कर सांख्यिकीय प्रशोधन के लिए भेजा जाना है

प्ररूप संख्या 2

सूचक द्वारा भरने हेतु	सूचक द्वारा भरने हेतु	सूचक द्वारा भरने हेतु
1. मृत्यु की तारीख : (मृत्यु की वास्तविक तारीख), उदाहरणार्थ : 01-01-2000 2. मृतक का नाम : (पूरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है) 3. पिता/पति का नाम : (पूरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है) 4. मृतक का लिंग : (‘पुरुष’ या ‘स्त्री’ पूर्ण शब्दों में लिखें, संक्षेप में नहीं) 5. मृतक की उम्र : (यदि मृत व्यक्ति की उम्र 1 वर्ष से अधिक हो तो, उसकी उम्र पूरे वर्षों में लिखें। यदि मृत व्यक्ति की उम्र 1 वर्ष से कम हो, तो पूरे महीनों में लिखें और यदि एक महीना से कम हो, तो पूरे दिनों में और यदि एक दिन से कम हो तो, पूरे घंटों में लिखें।) 6. मृत्यु का स्थान : (नीचे अंकित प्रविष्टि 1, 2 या 3 जो उपयुक्त हो, चिह्नित करें। और अस्पताल/संस्थान का नाम लिखें या घर का पता दें जहां मृत्यु की घटना हुई है। यदि अन्य स्थान पर मृत्यु हुई हो, तो उस स्थल की पहचान दें) 1. अस्पताल/संस्था-नाम : 2. घर का पता 3. अन्य स्थान : 7. मृतक का स्थाई पता : 8. सूचक का नाम : पता (1 से 19 तक के सभी मदों के पूरा करने के पश्चात सूचक यही हस्ताक्षर करेंगे और तारीख देंगे।) दिनांक : सूचक का हस्ताक्षर या बांये अंगूठे का निशान	9. मृतक के निवास स्थान का शहर या ग्राम (मृतक जहां वास्तव में निवास करते थे। यह उस स्थान जहां मृत्यु की घटना हुई है, से भिन्न हो सकता है। घर का पता अंकित करने की आवश्यकता नहीं है) (क) शहर/ग्राम का नाम : (ख) यह शहर है या ग्राम : (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि चिह्नित करें) 1. शहर : 2. ग्राम : (ग) जिला का नाम : (घ) राज्य का नाम : 10. धर्म : (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें) 1. हिन्दु 2. मुस्लिम 3. इसाई 4. अन्य कोई धर्म : (धर्म का नाम अंकित करें।) 11. मृतक का व्यवसाय : (अगर व्यवसाय न हो, तो ‘शून्य’ अंकित करें) 12. मृत्यु के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार : (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें।) 1. संस्थागत 2. संस्था से अलग चिकित्सा सहायता 3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं	13. क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाणीकरण हुआ था? (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें) 1. हाँ 2. नहीं 14. रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण : (सभी मृत्युओं की दशा चाहे वह चिकित्सा प्रमाणित है अथवा नहीं) 15. स्त्री की मृत्यु की दशा में, क्या मृत्यु गर्भावस्था, प्रसव के समय या गर्भ समाप्ति के 6 सप्ताह के अन्दर घटित हुई :- (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें) 1. हाँ 2. नहीं 16. यदि घृष्टपान के आदि थे :- तो कितने वर्षों से ? 17. यदि किसी रूप से तम्बाकू (खैनी, सूरती) खाने के आदि थे, तो कितने वर्षों से ? 18. यदि किसी रूप से सुपारी (कसैली) खाने के आदि थे (पान मसाला) सहित तो कितने वर्षों से ? 19. यदि मद्य-पान करने के आदि थे :- तो कितने वर्षों से ? (मदों की प्रविष्टियाँ पूर्ण हुई, अब बांये तरफ हस्ताक्षर करें)

रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु	रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु
रजिस्ट्रीकरण संख्या : रजिस्ट्रीकरण की तारीख : रजिस्ट्रीकरण इकाई : शहर/गाँव : जिला : अभ्युक्ति : (यदि कोई हो) रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर	रजिस्ट्रीकरण की संख्या : रजिस्ट्रीकरण की तिथि : मृत्यु की तारीख : लिंग : पुरुष 2. स्त्री उम्र : वर्षों/महीनों/दिनों/घण्टों में मृत्यु का स्थान : 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर