

मृत्यु प्रमाण पत्र

मृत्यु रिपोर्ट	मृत्यु रिपोर्ट	प्रारूप संख्या 2
<p>विधिक सूचना इस भाग को मृत्यु रजिस्टर के साथ जोडा गया है।</p>	<p>सांख्यिकीय सूचना इस भाग को अलग कर सांख्यिकीय प्रशोधन के लिये भेजा जाना है।</p>	<p>प्रारूप संख्या 2</p>
<p style="text-align: center;">सूचक द्वारा भरने हेतु</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. मृत्यु की तारीख : (शिशु जन्म की वास्तविक तिथि, 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 <input type="checkbox"/> स्त्री : <input type="checkbox"/> 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 १ वर्ष से कम हो, तो पुरे दिनों में और यदि एक दिन से कम हो तो पुरे घंटों में लिखें।) 6. मृत्यु का स्थान : (नीचे लिखे उपयुक्त प्रविष्टि 1,2 या 3 को चिन्हित करें। और अस्पताल/संस्थान का नाम या घर का पता दे जहां मृत्यु की घटना हुई है।) <ol style="list-style-type: none"> 1. अस्पताल/संस्थान का नाम : 2. घर का पता 	<p style="text-align: center;">सूचक द्वारा भरने हेतु</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. मृतक के निवास का शहर या गांव : (मृतक जहां 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 लिखे उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें। 1. शहर <input type="checkbox"/> 2. ग्राम <input type="checkbox"/> ग. जिला का नाम :..... घ. राज्य का नाम :..... 10. धर्म : (नीचे लिखे उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें) 1. हिन्दू <input type="checkbox"/> 2. मुस्लिम <input type="checkbox"/> 3. इसाई <input type="checkbox"/> 4. अन्य कोई धर्म(धर्म का नाम अंकित करें) 11. मृतक का व्यवसाय :..... (अगर व्यवसाय न हो तो शून्य अंकित करें) 	<p style="text-align: center;">सूचक द्वारा भरने हेतु</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाणीकरण हुआ था ? (नीचे लिखे उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें) 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं <input type="checkbox"/> 14. रोग का नाम या मृत्यु का वास्वविक कारण : (सभी मर्तओं की दशा चाहे वह चिकित्सीय, प्रमाणित है या 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 लिखे उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें) 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं <input type="checkbox"/> 16. यदि धूमपान के आदि थे - तो कितने वर्षों से ? 17. यदि किसी रूप में तम्बाकू(खैनी,सूरती खाने के आदि थे - तो कितने वर्षों से ?) :- 18. यदि किसी रूप में सुपारी (कसैली) खने के आदि थे (पान मसाला) सहित तो कितने

<p>.....</p> <p>3. अन्य स्थान :</p> <p>7. मृतक का स्थाई पता :</p> <p>8. सूचक का नाम :</p> <p>पता :</p> <p>(1 से 20 तक के सभी मदो को पुरा करने के पश्चात सूचक यहि हस्ताक्षर और तारीख देगें)</p> <p>सूचक का हस्ताक्षर या बांये अंगूठे का निशान</p> <p>दिनांक :</p>	<p>करें])</p> <p>12. मृत्यु के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार :</p> <p>(नीचे लिखे उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करे)</p> <p>1. संस्थागत <input type="checkbox"/></p> <p>2. संस्थागत से अलग चिकित्सा सहायता <input type="checkbox"/></p> <p>3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं <input type="checkbox"/></p>	<p>वर्षो से ? : -</p> <p>19. यदि मघ-पान कर्ने के आदि थे - तो कितने वर्षो से ? :-</p> <p>(मदो की प्रविष्टियां पूर्ण हुई, अब बायें तरफ हस्ताक्षर करें)</p>
<p>रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु</p> <p>रजिस्ट्रीकरण संख्या :</p> <p>रजिस्ट्रीकरण की तारीख :</p> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई :</p> <p>शहर/ग्राम : जिला :</p> <p>अभ्युक्ति (यदि कोई) :</p> <p>रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</p>	<p>रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु</p> <p>नाम : कोड संख्या :</p> <p>जिला :</p> <p>तहसील :</p> <p>शहर/ग्राम :</p> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई :</p>	<p>रजिस्ट्रीकरण की संख्या :</p> <p>रजिस्ट्रीकरण की तिथि :</p> <p>जन्म की तारीख :</p> <p>लिंग :</p> <p>1. पुलिंग <input type="checkbox"/> 2. स्त्रीलिंग <input type="checkbox"/></p> <p>जन्म का स्थान :</p> <p>1. अस्पताल/संस्थान <input type="checkbox"/> 2. घर <input type="checkbox"/></p> <p>रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</p>