

प्रपत्र सं. 2  
मृत्यु सूचना  
विधिक सूचनार्थ  
यह भाग मृत्यु पंजीका में जुड़ेगा

प्रपत्र सं. 2  
(नियम 5 देखें)  
मृत्यु सूचना प्रपत्र  
सांख्यिकी सूचनार्थ

इसे अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाये।

सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा

1. मृत्यु की तारीख : (मृत्यु का सही दिन, माह एवं वर्ष अंकित करें (जैसे : 09.09.2000)
2. मृतक का नाम :  
(पूर्ण जैसे सामान्यतः लिखा जाता है)
3. मृतक का लिंग :  
(महिला या पुरुष अंकित करें, संक्षिप्त में नहीं)
4. माता का नाम :
5. पिता/पति का नाम :
6. मृतक की आयु : (यदि मृतक की आयु 9 वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में दें, यदि मृतक की आयु 9 वर्ष से कम हो तो पूर्ण महीनों में दें एवं यदि आयु 9 माह से कम हो तो पूर्ण दिनों में दें तथा आयु 9 दिन से कम हो तो पूर्ण घंटों में दें)
7. मृत्यु के समय मृतक का पता :
8. मृतक का स्थायी पता :
9. मृत्यु का स्थान : (9 अथवा 2 पर सही का निशान लगायें तथा अस्पताल/संस्थान का नाम/पता एवं जहाँ मृत्यु हुई हो उस घर का पता)

1. अस्पताल/संस्था नाम :
2. घर पता :
3. अन्य स्थान :

90. सूचना दाता का नाम :  
पता :

(जब स्तम्भ 9 से 29 तक पूरे भर जायें तब सूचना देने वाला यहाँ हस्ताक्षर करेगा व तारीख भरेगा।

दिनांक : सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बायें हाथ के अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

पंजीकरण संख्या : रजिस्ट्रीकरण की तारीख :  
पंजीकरण ईकाई :  
शहर/ग्राम : जिला :  
टिप्पणी : (यदि कोई हो)

सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा

99. ग्राम या शहर, जहाँ मृतक का निवास हो : (मृतक जहाँ निवास सामान्यतः रहता हो क्योंकि मृत्यु की जगह भिन्न हो सकती है, वहाँ का पते की प्रविष्टि आवश्यक नहीं) :

(क) शहर/ग्राम का नाम :

(ख) क्या शहर है अथवा ग्राम है :  
(सही का निशान लगायें)

1. शहर : 2. ग्राम

(ग) जिला का नाम :

(घ) राज्य का नाम :

92. धर्म : (सही का निशान लगायें)

1. हिन्दु 2. मुस्लिम 3. इसाई

4. अन्य कोई धर्म (धर्म का नाम लिखें) :

93. मृतक का व्यवसाय :

(यदि कोई व्यवसाय नहीं तो 'शून्य' लिखें)

94. मृत्यु से पूर्व प्राप्त चिकित्सा का प्रकार :  
(सही का निशान लगायें)

1. संस्थागत
2. संस्थागत के अलावा अन्य चिकित्सा
3. कोई चिकित्सा प्राप्त नहीं की

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

नाम : कोड संख्या : पंजीकरण की संख्या : पंजीकरण की दिनांक :  
जिला : तहसील : मृत्यु की तिथि : लिंग : 1. पुरुष 2. महिला  
शहर/गाँव : आयु : वर्ष/माह/दिन/घंटे  
पंजीकरण ईकाई : मृत्यु का स्थान : 1. अस्पताल/संस्था 2. घर 3. अन्य स्थान

नाम व रजिस्ट्रार के हस्ताक्षर

सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा

95. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित किया गया :  
(सही का निशान लगायें)

1. हाँ 2. नहीं

96. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण :  
(सभी मृत्यु के लिये चाहे चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित हो अथवा नहीं)

97. स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रसूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सप्ताह के भीतर हुई :

(सही का निशान लगायें)

1. हाँ 2. नहीं

98. यदि धूम्रपान का आदि था तो कितने वर्षों से :

99. यदि किसी भी रूप में तम्बाकू बचाने का आदि था तो कितने वर्षों से :

20. यदि सुपारी (पान मसाला को सम्मिलित करते हुये) बचाने का आदि था तो कितने वर्षों से :

29. यदि एल्कोहल पीने का आदि था तो कितने वर्षों से :

(भरने वाले स्तम्भ समाप्त हो गये हैं कृपया बाईं ओर हस्ताक्षर करें)