*र.रा.स.मु.लि., जयपुर/2015*

## मृत्यु रिपोर्ट

विधिक सूचना

यह भाग मृत्यु रजिस्टर में लगाया जाये।

इत्तिला देने वाले द्वारा भरा जाये।

1. मृत्यु की तारीख:
   (मृत्यु का वास्तविक दिन, माह और वर्ष लिखिए: जैसे:1.1.2000)
2. मृतक का नाम:–
   (पूरा नाम जैसे कि प्राय लिखा जाता है)
   मृतक का आधार नम्बर (यदि कोई हो)
   | | | | | | | | | | | | |
   |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
3. मृतक का लिंग:( पुरूष या स्त्री प्रविष्ट करें (संक्षिप्तियों का प्रयोग न करें)
4. मृतक के पिता का पूरा नाम :
   (पूरा नाम जैसा कि प्रायः लिखा जाता है)
   पिता का आधार नम्बर(यदि कोई हो)
   | | | | | | | | | | | | |
   |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
5. मृतक की माता का पूरा नाम :
   (पूरा नाम जैसा कि प्रायः लिखा जाता है)
   माता का आधार नम्बर(यदि कोई हो)
   | | | | | | | | | | | | |
   |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

5(i). मृतक के पति/पत्नी का नाम:
   (पूरा नाम जैसा कि प्रायः लिखा जाता है)
   पति/पत्नी का आधार नम्बर (यदि कोई हो)
   | | | | | | | | | | | | |
   |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

6. मृतक का स्थाई पता:
7. मृतक का मृत्यु के समय पता:
8. मृतक की आयु: (यदि मृतक की आयु एक वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में प्रविष्टि करें। यदि मृतक की आयु एक वर्ष से कम हो तो आयु मासों में प्रविष्टि करें और यदि मृतक की आयु एक माह से कम हो तो आयु पूर्ण दिनों में लिखिए और यदि एक दिन से कम हो तो आयु घंटों में लिखिए)।
9. मृत्यु का स्थान: (नीचे दी गई समुचित प्रविष्टियों 1, 2, 3 में से उचित पर निशान लगाएं और उस अस्पताल/संस्थान का नाम या घर का पता प्रविष्टि करें जहां मृत्यु हुई है, यदि अन्य स्थान पर हुई हो तो वहां की स्थिति बताइये)
   1. अस्पताल/संस्थान — नाम:
   2. घर: — पता:
   3 अन्य स्थान:
10. इतिला देने वाले का नाम:.....
    पता:.....
    मोबाईल नं.....ई–मेल.....

(1 से 21 तक की समस्त प्रविष्टियों को भरने के पश्चात इतिला देने वाला यहां तारीख और हस्ताक्षर करेगा )

तारीख: इतिला देने वाले के हस्ताक्षर या बाएं हाथ की अंगूठा निशानी

**रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाये**

रजिस्ट्रीकरण सं. रजिस्ट्रीकरण की तारीख:
रजिस्ट्रीकरण इकाई: जिला:
नगर/गांव:
अभ्युक्तियाँ (यदि कोई हो)

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

यह भाग अलग करके सांख्यिकी प्रक्रिया हेतु भेजा जाना है

प्ररूप सं. 2

(नियम 5 देखिए)

## मृत्यु रिपोर्ट

### सांख्यिकीय सूचना

यह भाग अलग करके सांख्यिकीय प्रक्रिया हेतु भेजा जाये।

इतिला देने वाले द्वारा भरा जाये।

11. मृतक के निवास का नगर या गांव (स्थान जहां मृतक वास्तव में रहता था। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहां उसकी मृत्यु हुई है) (घर का पता लिखना अपेक्षित नहीं है)
    (क) नगर /गांव का नाम :
    (ख) नगर है या गांव : (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर सही का निशान लगायें)
    (1) नगर (2) गांव
    (ग) जिले का नाम
    (घ) राज्य का नाम
12. धर्म: (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर निशान लगायें)
    (1) हिन्दू (2)मुस्लिम (3) ईसाई
    (4)अन्य कोई धर्म (धर्म का नाम लिखिए)
13. मृतक का व्यवसाय:
    (यदि कोई व्यवसाय नहीं करता है तो कुछ नहीं लिखिये)
14. मृत्यु से पूर्व प्रदान किया गया चिकित्सीय उपचार :
    (निम्न प्रविष्टियों में से समुचित पर सही का निशान लगायें)
    (1) संस्थान
    (2) संस्थान के अतिरिक्त अन्य चिकित्सीय उपचार
    (3) कोई चिकित्सीय उपचार नही किया गया।
15. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित है?
    (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर सही का निशान लगाइयें)
    (1) हां (2) नहीं
16. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण : (किसी भी प्रकार से हुई मृत्यु के मामले में चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित या अप्रेमाणित का विचार किए बिना)।
17. यदि मृतक स्त्री है, क्या मृत्यु गर्भवती रहने के दौरान, प्रसव के समय या गर्भावस्था के पश्चात् 6 सप्ताह के भीतर हुई है :
    (नीचे प्रविष्टियों में से समुचित पर सहीं का निशान लगाइयें)
    (1) हां (2) नहीं
18. क्या मृतक धूम्रपान का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से?
19. क्या किसी भी रूप में तम्बाकू खाने का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से?
20. क्या किसी भी रूप में सुपारी (पान मसाला सम्मिलित करते हुए) खाने का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से?
21. क्या मदिरापान का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से?

(सम्पूर्ण स्तम्भों को भरने के पश्चात बायीं तरफ अपने हस्ताक्षर कीजिए)

| | | | |
|---|---|---|---|
| रजिस्ट्रार का नाम: | कोड संख्या | रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाये | रजिस्ट्रीकरण की तारीख: |
| जिला: | | रजिस्ट्रीकरण संख्या: | |
| तहसील: | | मृत्यु की तारीख: | |
| नगर/गांव: | | लिंग: (1) पुरूष (2) स्त्री | |
| रजिस्ट्रीकरण इकाई: | | आयु: वर्ष: मास: दिन: घण्टे: | |
| | | मृत्यु का स्थान: (1) अस्पताल/संस्थान (2) घर (3) अन्य स्थान | |

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

**टोल फ्री नम्बर : 1800–180–6785**