

प्ररूप संख्या 4

(नियम 7 देखिये)

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण-पत्र

(अस्पताल अन्तः रोगियों के लिए, मृत जन्मों के लिए व्यवहार नहीं किया जाना है।)

प्रारूप संख्या 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजा जाना है ।

अस्पताल का नाम -----

मैं एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि उस व्यक्ति जिसकी विवरणियां नीचे दी जा रही हैं, की मृत्यु अस्पताल के वार्ड संख्या-----में तारीख-----को-----बजे पूर्वाह्न/अपराह्न, में हुई ।

मृतक का नाम : -----				सांख्यिकीय कार्यालय के उपयोग के लिए
लिंग	मृत्यु के समय उम्र			
	यदि आयु 1 या 1 से अधिक वर्ष हो, तो उम्र पूरे वर्षों में	यदि आयु एक वर्ष से कम हो, तो उम्र महीनों में	यदि आयु एक महीने से कम हो, तो उम्र दिनों में	यदि आयु एक दिन से कम हो, तो उम्र घन्टों में
1.पुल्लिंग 2.स्त्रीलिंग				
मृत्यु का कारण		बीमारी की शुरुआत और मृत्यु के बीच अनुमानित अन्तराल		
I तात्कालिक कारण : उस बीमारी, चोट या उलझन को बताएं जिसकी वजह से मृत्यु हुई, न कि मरने का कारण, उदाहरण के लिए दिल का दौरा, कमजोरी आदि । पूर्ववत् कारण : मृत्यु के उक्त कारण के लिए, यदि कोई पुरानी बीमारी हो तो बताएं।		(क)..... कारण (परिणाम स्वरूप) (ख)..... कारण (परिणाम स्वरूप) (ग).....		
II मृत्यु के लिए अन्य कोई महत्वपूर्ण कारण जिसका उस बीमारी या हालत से कोई संबंध नहीं हो जिसके कारण मृत्यु हुई हो।				

मृत्यु का प्रकार

1.प्राकृतिक 2.दुर्घटना 3.आत्महत्या 4.मानववध/हत्या 5.लम्बित अनुसंधान

चोट कैसे हुई ?

यदि मृतक महिला थी तो क्या मृत्यु गर्भावस्था में हुई ? 1. हां 2. नहीं

यदि हां तो क्या कोई प्रसव हुआ था ? 1. हां 2. नहीं

मृत्यु के कारण को प्रमाणित करने वाले चिकित्सा परिचायक का नाम एवं हस्ताक्षर सत्यापन की तिथि.....

निर्देशों के लिए पीछे देखें

(अलग करके मृतक के सम्बन्धी को दिया जाये)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी-----पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री-----
 निवासी-----इस अस्पताल में-----को दिनांक-----
 को भर्ती किया गया और उसकी मृत्यु दिनांक-----को हुई ।

चिकित्सक-----
 (चिकित्सा अधीक्षक, अस्पताल का नाम)