

नगर निगम, यमुना नगर-जगाधरी

प्ररूप संख्या 4

(देखिये नियम 7)

मृत्यु के कारण का चिकित्सीय प्रमाण पत्र

(हस्तपताल में भर्ती रोगियों के लिए/मृत जन्मों के लिये प्रयोग न किया जाये)

प्ररूप 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजा जाये

हस्तपाल का नाम

मैं प्रमाणित करता हूं कि व्यक्ति जिसका विवरण नीचे दिया जा रहा है, की हस्पताल में मृत्यु वाई संख्या में को बजे पूर्वाह्न / अपराह्न में हुई।

मृतक का नाम

लिंग	मृत्यु के समय आयु	सांख्यिकी कार्यालय के उपयोग के लिए
1. स्त्री	यदि आयु एक वर्ष से अधिक है, वर्षों में	यदि एक दिन से कम है तो आयु घंटों में
2. पुरुष	यदि एक वर्ष से कम है तो महीनों में आयु	यदि एक से कम है तो आयु घंटों में

मृत्यु का कारण

बीमारी के प्रारम्भ और मृत्यु के बीच लगभग अन्तराल

1. सीधा कारण (क)
रोग, क्षति या जटिलता का उल्लेख कीजिये जिस के कारण मृत्यु हुई न कि ढंग अर्थात् हृदय गति रूक जाने से, दौबल्य आदि से ।
पूर्ववती कारण (ख)

विकृत दशा का, यदि कोई हो, जिससे उपर्युक्त कारण उत्पन्न हुआ तथा अन्तर्निहित अन्तिम दशा का उल्लेख करते हुए ।

2. अन्य महत्वपूर्ण दशा में, जिनका मृत्यु में योगदान रहा है, किन्तु वे उस रोग या दशा से सम्बन्धित नहीं जिससे मृत्यु हुई है। (ग)

मृत्यु का ढंग

क्षति कैसे हुई?

1. प्राकृतिक 2. दुर्घटना 3. आत्महत्या 4. हत्या 5. लम्बित जांच
यदि मृतक स्त्री थी, क्या मृत्यु गर्भ से सम्बन्धित थी, 1. हा 2. नहीं
यदि हाँ, क्या प्रसव हुआ था? 1. हा 2. नहीं

मृत्यु का कारण प्रमाणित करने वाले चिकित्सा परिचारक का नाम और हस्ताक्षर

प्रमाणित करने की तिथि.....

अनुदेशों के लिए पृष्ठ के पीछे देखिये

(अलग करके मृतक के सम्बन्धी को देने के लिए)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती / कुमारी पुत्र/पुत्री/
पत्नी निवासी..... इस हस्पताल में तारीख
को भर्ती किया गया / की गई और उसकी मृत्यु..... को हुई ।

चिकित्सक.....

(चिकित्सा अधीक्षक

हस्पताल का नाम)

मोहर