



CANTONMENT BOARD
St. THOMAS MOUNT - CUM - PALLAVARAM
DEATH REPORT
LEGAL INFORMATION
 This part to be added to the Death Register

FORM NO. 2



(See Rule 5)

CANTONMENT BOARD St. THOMAS MOUNT - CUM - PALLAVARAM



DEATH REPORT
 Statistical Information



This part to be detached and sent for statistical Processing

FORM NO. 2

To be filled by the Informant

1. **Date of Death :**
 (Enter the exact day, month and year the Death took place e.g. 1-1-2000)

2. **Name of the Deceased:**
 (Full name as usually written)

Aadhar No. :

3. **Sex of the Deceased:** Male Female

4. **Age of the deceased :**

5. **Place of death :** (Tick the appropriate entry 1, 2 or 3 below and give the name of the Hospital / Institution or the address of the house where the death took place. If other place, give location)

.....

1 Hospital / Institution Name

2. House Address :

3. Others :

5a. Permanent Address of the Deceased Person

.....

H. No. Street Name

Village District

Sub District State Pin

5b. Address at the time of Death

H. No. Street Name

Village District

Sub District State Pin

5c. Name of Deceased Person of (i) Mother

(ii) Wife

5d. Name of deceased person (i) Father

(ii) Husband

6. **Informant's Name :**

Address :

(After completing all columns 1 to 17 informant will put date and signature here :)

.....

Date :

Signature or left thumb mark of the informant

To be filled by the Informant

7. **Town or village of Residence of the deceased :**
 (Place where the deceased actually lived.. This can be different from the place where the death occurred. The house address is not required to be entered)

a) Name of Town/Village :

b) Is it a town or village :

(Tick the appropriate entry below)

1.) Town 2. Village

c) Name of District :

d) Name of Sub District :

e) Name of State :

8. **Religion of the Family :** (Tick the appropriate entry below)

1. Hindu 2. Muslim 3. Christian

4. Any other religion : (Write name of the religion)

9. **Occupation of the deceased :**
 (If no occupation write 'Nil')

10. **Type of medical attention received before death :** (Tick the appropriate entry below)

1. Institutional

2. Medical attention other than institution

3. No medical attention

To be filled by the Informant

11. **Was the cause of death medically certified?**
 (Tick the appropriate entry below)

12. **Name of Disease of Actual cause of Death :**
 (For all deaths irrespective of whether medically certified or not)

13. **In case this is a female death, did the death occur while pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy**
 (Tick the appropriate entry below)

1. Yes 2. No

14. **If used to habitually smoke for how many Years?**

15. **If used to habitually chew tobacco in any from - for how many years?**

16. **If used to habitually chew arecanut in any form (Including pan masala) for how many Years?**

17. **If used to habitually drink alcohol - for how many years?**

(Columns to be filled are over. Now put signature at left)

To be detached and sent for statistical processing

To be filled by the Registrar

Registration No. Registration Date :

Registration Unit : **ST. THOMAS MOUNT**

Town / Village **TOWN** District : **KANCHEEPURAM**

Remarks : (If any)

Name and Signature of the Registrar

To be filled by the Registrar

Name	Code No.	Registration No.	Registration Date :
District : KANCHEEPURAM		Date of Death :	Sex : 1. Male 2. Female
Tahsil : PALLAVARAM		Age :	Years / months / days/hours
Town / Village : TOWN		Place of Death : 1. Hospital / Institution 2. House .	
Registration Unit : ST. THOMAS MOUNT		Name and Signature of the Registrar	

फार्म सं

छावनी बोर्ड
सेंट थॉमस माउंट सह पल्लवारम
मौत की रिपोर्ट
कानूनी जानकारी
इस भाग को मृत्यु रजिस्टर में जोड़ा जाएगा

छावनी बोर्ड सेंट थॉमस माउंट सह पल्लवारम

(नियम 5 देखें)

मौत की रिपोर्ट

सांख्यिकीय जानकारी

इस हिस्से को अलग किया जाएगा और सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाएगा

फार्म नंबर 2

मुखबिर द्वारा भरा जाना 1. मृत्यु तिथि (सही दिन, माह और वर्ष दर्ज करें जैसे मृत्यु हुई थी। 1-1-2000) 2. मृतक का नाम: (पूर्ण, आमतौर पर लिखा गया नाम) आधार सं <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. मृतक का लिंग: नर <input type="checkbox"/> नारी <input type="checkbox"/> 4. मृतक की आयु : 5. मौत की जगह : (नीचे दी गई उचित प्रविष्टि 1, 2 या 3 पर टिक करें और अस्पताल / संस्थान का नाम या उस घर का पता दें जहाँ मृत्यु हुई थी। यदि अन्य जगह, स्थान दें)	मुखबिर द्वारा भरा जाना 7. मृतक का निवास स्थान या गाँव : (स्थान जहाँ मृतक वास्तव में रहता था .. यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहाँ मृत्यु हुई थी। घर का पता होना आवश्यक नहीं है) a) नगर ग्राम का नाम _____ b) क्या यह एक शहर या गाँव है (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर टिक करें) 1. नगर 2. गाँव c) जिले का नाम _____ d) उप जिले का नाम _____ e) राज्य का नाम _____ 8. परिवार का धर्म (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर टिक करें) 1. हिंदू 2. मुस्लिम 3. ईसाई 4. कोई अन्य धर्म (धर्म का नाम लिखो) _____ 9. मृतक का कब्जा (यदि कोई कब्जा नहीं है तो निल लिखें) 10. मृत्यु से पहले प्राप्त चिकित्सा ध्यान का प्रकार (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर टिक करें) 1. संस्थागत 2. संस्थान के अलावा अन्य चिकित्सा ध्यान 3. कोई चिकित्सा ध्यान नहीं 11. क्या मौत का कारण चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित था? (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर टिक करें) 12. मृत्यु के वास्तविक कारण के रोग का नाम (भले ही चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित हो या न हो, सभी मौतों के लिए)	मुखबिर द्वारा भरा जाना 13. मामले में यह एक महिला की मौत है, क्या गर्भवती होने पर मृत्यु हो गई, प्रसव के समय या 6 सप्ताह के बाद गर्भावस्था का अंत (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर टिक करें) 1. हाँ 2. नहीं 14. यदि आदतन कितने वर्षों तक धूम्रपान किया जाए? 15. यदि आदतन तम्बाकू चबाया जाता है तो - कितने वर्षों से? 16. यदि किसी भी रूप में आदतन चबाने की आदत है (पान मसाला सहित) कितने वर्षों के लिए? 17. यदि आदतन कितने वर्षों तक शराब का उपयोग किया जाता है? (भरे जाने वाले कॉलम खत्म हो गए हैं। अब बाईं ओर हस्ताक्षर करें)
1. अस्पताल / संस्थान का नाम _____ 2. घर का पता _____ 3. अन्य _____ 5.a. मृत व्यक्ति का स्थायी पता माकन नंबर _____ सड़क का नाम _____ गाँव _____ जिला _____ उप जिला _____ राज्य _____ पिन कोड _____ 5.b. मृत्यु के समय पता माकन नंबर _____ सड़क का नाम _____ गाँव _____ जिला _____ उप जिला _____ राज्य _____ पिन कोड _____ 5.c. मृत व्यक्ति का नाम (i) माता _____ (ii) पत्नी _____ 5.d. मृत व्यक्ति का नाम (i) पिता _____ (ii) पति _____ 6. मुखबिर का नाम _____ पता _____ (पूरा करने के बाद सभी कॉलम 1 से 17 मुखबिर यहाँ तारीख और हस्ताक्षर डालेंगे)	दिनांक _____ हस्ताक्षर या शिशु के बाएं अंगूठे का निशान _____ रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है पंजीकरण की तारीख: _____ जिला: कांचीपुरम रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर _____	रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है नाम _____ कुट - संख्या _____ पंजीकरण क्रमांक _____ पंजीकरण की तारीख: _____ मृत्यु तिथि _____ लिंग 1. नर 2. नारी उम्र: _____ साल / महीने / दिन / घंटे मौत की जगह: 1. अस्पताल / संस्थान 2. घर रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर _____

पंजीकरण क्र
पंजीकरण इकाई: सेंट थॉमस माउंट
नगर / ग्राम: नगर
टिप्पणियाँ: (यदि कोई)

हस्ताक्षर या शिशु के बाएं अंगूठे का निशान
रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है
पंजीकरण की तारीख: _____
जिला: कांचीपुरम

रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर

नाम _____ कुट - संख्या _____
जिला: कांचीपुरम
तहसील: पल्लवारम
नगर / ग्राम: नगर
पंजीकरण इकाई: सेंट थॉमस माउंट

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है
पंजीकरण क्रमांक _____
पंजीकरण की तारीख: _____
मृत्यु तिथि _____ लिंग 1. नर 2. नारी
उम्र: _____ साल / महीने / दिन / घंटे
मौत की जगह: 1. अस्पताल / संस्थान 2. घर

रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर