

# 人工妊娠中絶実施報告票

(令和 年 月分)

## 記載上の注意

1	手術を受けた者の番号		2	手術を受けた者の年齢	満 年
3	手術を受けた者の居住地	高知県	市 町 郡 村	4	手術を受けた者の妊娠週数 1. 満7週以前 2. 満8週～満11週 3. 満12週～満15週 4. 満16週～満19週 5. 満20週～満21週
5	手術を実施した月日	月 日	6	該 当 条 文	1. 14条1項1号 2. 14条1項2号
7	手術を受けた理由				
8	手術を受けた者の社会保険摘要の有無	有 無	9	手術を受けた者の生活保護法による医療扶助摘要の有無	有 無
10	人工妊娠中絶薬(ミフェプリストン・ミソプロストール製剤又はゲメプロスト製剤)の投与の有無				有 無
備 考					

1 手術による人工妊娠中絶の他、薬剤の投与による人工妊娠中絶についても本票により報告するものとする。

2 「手術を受けた者の番号」欄については、各月毎に手術を受けた者について実施の順に付した番号を記入すること。

3 「手術を受けた者の居住地」欄には、都道府県名等を記入し、該当する文字を○で囲むこと。

4 「手術を受けた者の妊娠週数」欄は、該当する数字を○で囲むこと。

5 「該当条文」欄は、該当する数字を○で囲むこと。

6 「手術を受けた理由」欄には、手術を受ける理由となつた事実、例えば、結核のため妊娠の継続により健康を害する、暴行により妊娠等を受けること。

7 「手術を受けた者の社会保険適用の有無」欄は、手術を受けた者の生活保護法による医療扶助適用の有無及び「人工妊娠中絶」欄に「有」を記入すること。

8 「手術を受けた者の生活保護法による医療扶助適用の有無」欄は、手術を受けた者の生活保護法による医療扶助適用の有無を○で囲むこと。

9 「手術を受けた者の生活保護法による医療扶助適用の有無」欄は、手術を受けた者の生活保護法による医療扶助適用の有無を○で囲むこと。

10 「人工妊娠中絶薬(ミフェプリストン・ミソプロストール製剤又はゲメプロスト製剤)の投与の有無」欄は、人工妊娠中絶薬(ミフェプリストン・ミソプロストール製剤又はゲメプロスト製剤)の投与の有無を○で囲むこと。

