

人工妊娠中絶実施報告票

(平成 年 月分)

(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	都 郡 区 道 市 町 府 支 庁 県 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適用の有無	有 無	(9) 手術を受けた者の生活保護法による医療扶助適用の有無	有 無
備 考			

96.11.1×100 1,700 (G)



別記様式第十三号 (一) (第二十七条関係)

保健所名 _____

人工妊娠中絶実施報告書

平成 年 月 日

指定医師名 _____ (印)

病院又は
診療所名 _____

知事殿

病院又は診療所
の所在地 _____

平成 年 月分人工妊娠中絶実施報告書を下記の通り提出する

記

人工妊娠中絶実施報告票 枚

(注) この報告書は様式十三号 (二) に添付して東京産婦人科医会事務所に直送して下さい