

記入にあたっての注意事項

別記様式第十三号(二)(第二十七条関係)

【指定医番号】 034 - -

【必記入】番号は『指定医師証』の上部に記載してあります。

- ◆保健所へ提出するため、必ずA5サイズでご提出ください
- ◆実施件数が0件でも毎月10日必着で必ずご提出ください

人工妊娠中絶実施報告票

(年 月分)

西暦

1) 人工妊娠中絶を受けた者の番号		2) 人工妊娠中絶を受けた者の年齢	満 年
3) 人工妊娠中絶を受けた者の居住地	都 郡 区 道 府 市 町 県 村	4) 人工妊娠中絶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) 人工妊娠中絶を実施した月日	月 日	6) 該当条文	1 14条1項1号 2 14条1項2号
7) 人工妊娠中絶を受けた理由	7)人工妊娠中絶を受けた理由【重要】 —母体保護法に定められた適応条件—(抜粋) 指定医師は、次の各号の一に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。 一 妊娠の継続または分娩が身体的または経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの 二 暴行若しくは脅迫によってまたは抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの *人工妊娠中絶ができる条件とは何ですか？ - 日本産婦人科医学会		
8) 受け手の社会保険適用の有無	有 ・ 無	9) 者の生活保護法による医療扶助適用の有無	有 ・ 無
10) 人工妊娠中絶薬(ミフェ® リストン・ミゾ® ロストール製剤又はゲ マ® ロスト製剤)の投与の有無	10)人工妊娠中絶薬の投与の有無欄における人工妊娠中絶薬とは、ミフェ® リストン・ミゾ® ロストール製剤(メフィゴパック)又はゲ マ® ロスト製剤(フレグランディン)を指す→使用した薬剤名は備考欄に記入すること		
備 考			

1) 「人工妊娠中絶を受けた者の番号」欄については、指定医ごと、各月ごとに人工妊娠中絶を受けた者について実施の順に付した番号を記入する

5)人工妊娠中絶を実施した月日→経口中絶薬を用いた人工妊娠中絶については1剤目を投与した日を記入する

6)該当条文 14条1項1号→身体的・経済的理由の場合
14条1項2号→暴行・脅迫等による場合

*1)欄は、指定医ごと、各月ごとに人工妊娠中絶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

*ミフェ® リストン・ミゾ® ロストール製剤(メフィゴパック)又はゲ マ® ロスト製剤(フレグランディン)を使用した場合は備考欄に薬剤名を記入すること