

แบบสรุปข้อมูล
การเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย

เดือน..... พ.ศ.

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หญิงตั้งครรภ์ ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ที่เข้ารับการรักษา	แท้งเอง		ทำแท้ง		จำนวนแบบสอบถาม
	ยินยอมตอบ แบบสอบถาม	ไม่ยินยอม	ยินยอมตอบ แบบสอบถาม	ไม่ยินยอม	

ผู้รายงาน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่รายงาน...../...../.....