

**แบบสรุปข้อมูล**  
**การเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย**

เดือน..... พ.ศ. ....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ลำดับ	โรงพยาบาล	หญิงตั้งครรภ์ ที่สิ้นสุดการ ตั้งครรภ์ที่เข้ารับ การรักษา	แท้งเอง		ทำแท้ง		จำนวน แบบสอบถาม
			ยินยอมตอบ แบบสอบถาม	ไม่ ยินยอม	ยินยอมตอบ แบบสอบถาม	ไม่ ยินยอม	
รวม							

ผู้รายงาน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่รายงาน...../...../.....