

(2) 県内の全病院及び診療所（産婦人科・婦人科）に対する調査票 （参考資料2）

〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1-2

愛知県健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室あて

(お手数ですが、平成30年5月9日(水)までに、別添の返信用封筒にて返送願います。)

医療機関名等	(法人名) (医療機関名)
担当者	(所属) (役職) (氏名)
連絡先	(電話番号) (ファックス番号) (メールアドレス)

1. 昭和23年から平成8年までのカルテや資料の有無についてお聞かせください。(ア、イ、ウ、エのいずれかに○を付してください。)

ア. 有
イ. 一部有
ウ. 無
エ. 対象外(平成8年以降に新規に開設したため。)

→ 「2.」を御回答ください。

→ ありがとうございました。

2. 「1.」で「ア. 有」「イ. 一部有」と回答された場合、優生手術に関する記録など、旧優生保護法に関係した資料の有無についてお聞かせください。(ア、イ、ウのいずれかに○を付してください。)

ア. 有(一部有を含む)
イ. 無
ウ. 不明

→ 「不明」場合、理由をお聞かせください。

ア. 量が膨大であり、確認に時間を要する。
イ. 個人が特定されないため探すことが困難。
ウ. その他

<自由記載>

御協力ありがとうございました。