

## 旧優生保護法に基づく優生手術関係調査票

〒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6月8日(金)までに、別添の返信用封筒(レターパック)により返送願います。)

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. 該当者のカルテの有無をお聞かせください。

(○を付してください)

有 ・ 無

2. 「1.」で「有」と回答された場合、カルテに優生手術に関する記載はありますか。

(○を付してください)

有 ・ 無

3. 「2.」で「有」と回答された場合、どのように記載されていますか。カルテに記載どおり、記入をお願いします。

(例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日 第4条に基づき優生手術を実施)

4. カルテ以外で、該当者について記載されている記録はありますか。

(○を付してください)

有 ・ 無

5. 「4.」で「有」と回答された場合、どのような記録簿に記載されていますか。記録簿の名称と内容を記載のとおり記入してください。

記録簿の名称	(例：手術台帳)
記載内容	(例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日 第4条に基づき優生手術を実施)

御協力ありがとうございました。