

(1) 現存する本県の優生保護審査会資料に記載のある医療機関に対する調査票 (参考資料1)

〒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. 貴医療機関のカルテの保存期間、保存期間終了後の取扱いについてお聞かせください。

(例：最終診療日から5年保存ののち、廃棄している。)

2. 昭和41年度から46年度の受診者のカルテの保存の有無についてお聞かせください。

(○を付してください)

保存している ・ 保存していない ・ その他

(その他の場合記載)

3. 優生保護審査会の資料で対象者が特定できますが、個人を特定した照会をした場合、該当者のカルテの有無等について回答することができますか。

(○を付してください)

回答できる ・ 回答できない

御協力ありがとうございました。