

## 初診の方へ

名前： 生年月日：昭・平 年 月 日（ 歳）

住所： 電話番号： — —

性別違和感の症状のため受診した方は、以下の質問にお答えください。

質問1 当院外来をどこでお知りになりましたか？

- 1) インターネットT s (トランスジェンダー) のホームページを見て。
- 2) 友人や知人の紹介。
- 3) 他のクリニックや病院からの紹介。 4) 電光掲示板を見て
- 5) その他 ( )

質問2 あなたの出身地の都道府県と区市町村を教えてください。

( ) 都道府県 ( ) 区市町村

質問3 あなたの現在の戸籍上の性別を教えてください。

- 1) 女性 2) 男性

質問4 あなたの心理的な性別を教えてください。

- 1) 女性 2) 男性 3) どちらともいえない

質問5 あなたは現在性別違和感がありますか？

- 1) ある 2) ない 3) どちらともいえない

質問6 あなたは現在自分の身体につて違和感がありますか？

- 1) 違和感があり身体的特徴を変えたいと考えている。あるいは既に変えた。
- 2) 違和感があり身体的特徴を変えたいが、出来ないと考えている。
- 3) 違和感があるが、身体的特徴を変えたいとは考えていない。
- 4) 違和感はない。

質問7 あなたの立場は以下のどれに当たりますか？

- 1) 身体的には女性だが、心理的には男性で性転換を望んでいる。
- 2) 身体的には女性だが、心理的には男性で性転換までは望んでいない。
- 3) 身体的には女性だが、男装を望んでいる。
- 4) 身体的には男性だが、心理的には女性で性転換を望んでいる。
- 5) 身体的には男性だが、心理的には女性で性転換までは望んでいない。
- 6) 身体的には男性だが、女装を望んでいる。
- 7) どちらともいえない。

質問8 これまでホルモン療法の経験がありますか、ある方は開始した時期と方法を教えてください。

(自分で薬剤を購入した場合も含みます。)

- 1) 現在受けている。( 年 月 日頃 開始)  
その方法 ( )
- 2) 過去に受けていたが現在は受けていない。
- 3) 今後受ける事を希望している。
- 4) 受けた事はなく、今後も受けようとは思わない。または決めていない。

質問9 これまでに身体的特徴を心理的な性に近づけるために、手術や医療行為を受けたことがありますか？

- 1) ある 2) ない

質問10 質問9で1)ある、と答えた方に質問します。下記の手術や医療行為の中で受けたことがあるもの全てに○を付けてください。

- 1) 外性器の形成術 2) 卵巣・子宮／睾丸の摘出術 3) 乳房切除  
4) 豊胸術 5) 喉仏の手術 6) 声を変える手術 7) 脱毛  
8) その他 ( )

質問11 あなたは戸籍上の名前の変更を希望しますか？

- 1) 希望する 2) 希望しない 3) 既に変更済みである

質問12 あなたは戸籍上の性別の変更または訂正を希望しますか？

- 1) 希望する 2) 希望しない 3) 既に変更・訂正済みである

質問13 あなたが身体的な性別とは反対の性別であるという認識(性自認)は、何歳の時に生じましたか？ ( ) 歳頃)

質問14 現在性自認は確定していますか？

- 1) 確定している 2) 確定していない 3) まだ分からない  
4) その他 ( )

質問15 質問14で1)と答えた方に質問します。性自認が確定したのはいつ頃ですか？

( ) 歳頃)

質問16 これまでに性自認が変化した事がありますか？

- 1) ある 2) ない

質問17 あなたの恋愛の対象を教えてください。

- 1) 女性 2) 男性 3) 両性 4) 分からない

質問18 恋愛対象の性別の方との交際について教えてください。

- 1) 現在交際している。  
2) 過去に交際していたが現在はしていない。  
3) 過去も現在も交際していない。  
4) その他 ( )

質問19 日頃使用している本名以外の名前はありますか？ある方はフルネームで教えてください。

(ふりがなもお願いします。)

- 1) ない  
2) ある ( )

※質問は以上ですが、何かご質問がありましたら、以下にお書きください。