

ジェンダー外来問診票

記入日 年 月 日

★ふりがな 氏名	通称名（任意） ()	★生年月日（西暦 年） 昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
★現住所 〒	性別	ご職業
	★身長 cm	★体重 kg
パートナー： あり（婚姻関係： あり ・ なし ） ・ なし		妊娠出産歴： あり ・ なし
★連絡先：（自宅） (携帯)		
緊急連絡先TEL： (様 / 続柄：)		
メールアドレス： @		
<small>※当院の情報を不定期でお送りしております。 迷惑メールフィルタを設定されている方は、cqsy6fn9k@shirt.ocn.ne.jpからのメールを受信可能にしてください。</small>		

【1】今回はどのような目的で来院されましたか？

例：自身の性別に対する違和感・転院希望など 自由に記載してください

【2】性に対する違和感はいつごろから感じていますか？

幼児期 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ それ以降____歳～

【3】【2】で感じている違和感はどのようなものですか？

例：制服に違和感がある、トイレの男女区別に悩むなど 自由に記載してください

【4】あなたの治療歴についておたずねします。

- 過去に、ホルモンに関するお薬を使用したことがありますか？
はい（薬剤名：) ・ いいえ
- 現在、ホルモンに関するお薬を使用していますか？
はい（薬剤名：) ・ いいえ
- 医療機関にかからず、ご自身でお薬（輸入品など）を購入したことはありますか？
はい（商品名：) ・ いいえ
- 精神科や心療内科などを受診したことはありますか？
はい（病名： 時期：) ・ いいえ
- 性同一性障害（GID）と診断されていますか？
はい ・ いいえ

【5】性交渉（セックス）の経験はありますか？ はい ・ いいえ

【6】 どういう風になりたいですか？

例：容姿、声のトーンなど 自由に記載してください

【7】 希望する治療はありますか？

はい（ 手術 ・ ホルモン療法 ・ その他 _____ ） ・ いいえ
わからない ・ 迷っている

★
【8】 現在治療中である、または今までにかかった病気や感染症はありますか？

※【4】でお答えいただいた疾患以外について教えてください。

はい（ 現在治療中 ・ 過去にあった ） ・ いいえ

⇒「はい」の方は、該当する口にチェックを入れ、詳しい病名・治療内容等をご記入ください

糖尿病 高血圧 心臓疾患 甲状腺疾患 肝疾患 喘息 その他（ _____ ）
（病名： _____ ）
感染症（ _____ ）

【9】 現在服用中の薬はありますか？ ※【4】でお答えいただいた薬以外について教えてください。

はい（薬剤名： _____ ） ・ いいえ

【10】 アレルギーが出たことはありますか？

はい（原因： _____ ） ・ いいえ

【11】 あなたの生活習慣についておたずねします。

1. お酒は飲みますか？ はい（量：1日あたり _____ ） ・ いいえ
2. タバコは吸いますか？ はい（量：1日あたり _____ ） ・ いいえ

【12】 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

他院の紹介 ・ 友人や知人の紹介 ・ インターネット ・ SNS
看板 ・ 自分、家族が当院で出産 ・ 近所、通りすがり ・ GICネットワーク
その他（ _____ ）

【13】 その他ご要望やご意見があれば自由に記載してください。