

(添付書類)

他の性別としての身体的適合状況 (記載例)

1	氏名	_____
	生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
	住所	_____ 県 _____ 市 _____
2	診察した年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
3	現在の身体的状況	<p>(FTMの場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 声が低くなり体毛が濃くなっている。 ・ 骨格筋は発達して筋力は強いと認められる。 ・ 乳房の隆起は認められず男性型となっている。
4	現在の性器の状態	<p>(FTMの場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 超音波検査によれば、卵巣・子宮を確認できない。 ・ 陰核を利用したミニペニス形成されている(ミニペニスの大きさは親指大に満たない)。(ミニペニスの形状については別添図画のとおり) ・ 現在の外性器及び生殖腺の状態から性別適合手術が行われたものと認められる。 <p>(備考)</p>

以上のとおり診断します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属医療機関の名称 _____ クリニック _____

所在地 _____ 市 _____

診療科 _____

氏名 _____

(添付書類)

他の性別としての身体的適合状況（記載例）

1	氏名	_____
	生年月日	昭和_____年 月 日（_____歳）
	住所	_____県 _____市
2	診察した年月日	平成_____年 _____月 _____日
3	現在の身体的状況	<p>(M T F の場合)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 乳房の発達（女性化）を認める・ 乳頭、乳輪の発達を認める。・ 髭や体毛が少ないと認められる。・ 体脂肪の分布は女性型である。・ 筋力は弱いと認められる。
4	現在の性器の状態	<p>(M T F の場合)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 陰茎、陰囊、精巣を認めない。・ 形成された膣を認める。（膣の形状については別添図画のとおり）・ 外見的に女性型の性器に近似している。・ 超音波、CT、MRIなどの検査により骨盤腔内に子宮、卵巣、停留睾丸などを認めない。 <p>(備 考)</p>

以上のとおり診断します。

平成 _____年 _____月 _____日

所属医療機関の名称 _____クリニック

所在地 _____市

診療科 _____科

氏名 _____