

診 断 書

(参考様式)

(性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律第3条第2項)

1	氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) 住 所 _____
2	生物学的な性別 (男 ・ 女) 〔判定の根拠 (検査所見, 説明など)〕 (1) 外性器ならびに内性器の診察: 診察した年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診断した医師の氏名 _____ 所属機関名 _____ 診療科 _____ 出 典 _____ (2) 染色体検査: 検査した年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診断した医師の氏名 _____ 所属機関名 _____ 診療科 _____ 出 典 _____
3	家庭環境, 生活歴及び現病歴 (1) 家庭環境: (2) 生活歴及び現病歴: 〔備考 (本人以外の情報提供者など)〕
4	生物学的な性別としての社会的適合状況 〔備考 (本人以外の情報提供者など)〕
5	(1) 生物学的な性別とは別の性別 (他の性別) であるとの持続的な確信の有無 (有 ・ 無) 〔判定の根拠〕 (2) 自己を他の性別に適合させようとする意思の有無 (有 ・ 無) 〔判定の根拠〕 (3) 性同一性障害者であること以外の理由によって性別の取扱いの変更を求めるものではない こと (認められる・認められない) 〔判定の根拠〕 (4) 性同一性障害者であると (診断する・診断しない)

6 医療機関における受診並びに治療の経過及び結果

(1) 治療の必要性及び目的

(2) 精神的サポート

1) 治療に携わった医師の氏名 _____
所属機関名 _____ 診療科 _____

2) 治療の行われた期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

3) 治療の内容 :

4) 治療の結果・その結果についての意見 (治療の妥当性, 正当性についての評価)

(3) ホルモン療法及び乳房切除術

・ホルモン療法

1) 治療に携わった医師の氏名 _____
所属機関名 _____ 診療科 _____

2) 治療の行われた期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

3) 治療の内容 :

投与した薬剤 (名称)

(効能)

(目的)

4) 治療の結果及び意見 (治療の妥当性, 正当性についての評価)

・乳房切除術

1) 治療に携わった医師の氏名 _____
所属機関名 _____ 診療科 _____

2) 治療の行われた期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

3) 治療の内容 :

4) 治療の結果及び意見 (治療の妥当性, 正当性についての評価)

(4) 性別適合手術

1) 治療に携わった医師の氏名 _____
所属機関名 _____ 診療科 _____

2) 治療の行われた期間

・ 第1段階の手術 : _____年 _____月 _____日

・ 第2段階の手術 : _____年 _____月 _____日

3) 治療の内容

・ 第1段階の手術 :

・ 第2段階の手術 :

4) 治療の結果及び意見 (現在の生殖腺の機能並びに治療の妥当性及び正当性についての評価)

7 他の性別としての身体的及び社会的適合状況

(1) 他の性別としての身体的適合状況

1) 診察した年月日 平成 年 月 日

2) 診察した医師の氏名 _____
所属機関名 _____ 診療科 _____

3) 現在の身体的状況

4) 現在の性器の状態

(2) 他の性別としての社会的適合状況

[備考 (本人以外の情報提供者など)]

8 その他参考となる事項

以上のとおり診断します。

_____年 _____月 _____日

診断者 所属医療機関の名称 _____

所在地 _____

診療科 _____

氏 名 _____ 印

所属医療機関の名称 _____

所在地 _____

診療科 _____

氏 名 _____ 印