**二次性徴抑制療法および**

**18歳未満に対するホルモン療法の開始に関する報告書**

日本精神神経学会・性別不合に関する委員会　殿

下記の事項につき報告いたします。

検討した治療:

二次性徴抑制療法 □

18 歳未満に対するホルモン療法　□

患者情報:

患者イニシャル：　　　　　　（ID・カルテ番号　　　　　　　　　）

適応判定会議時の年齢：　　　歳　　　ヶ月

性別：ＡＭＡＢ　□

　　　ＡＦＡＢ　□

症例の概要:

1.　初診日　　　　　年　　　月　　　日

1. 医療チームの適応判定会議における検討日　　　　年　　　月　　　日
2. 生活史ならびに現病歴の概要
3. 治療歴とその評価
4. 考察および身体的治療を施行する妥当性について

診察医について:

1. 精神科主治医

所属

氏名

1. セカンドオピニオン実施者

所属

氏名　　　　　　　　　　　□医師　□心理職

1. 身体的性別を判定した医師

所属

氏名　　　　　　　　　　　　□ 婦人科

　 　　□ 泌尿器科

□ その他（　　　　　　科）

1. 二次性徴抑制に当たってタナー2期であることを判定した医師

所属

氏名　　　　　　　　　　　　　□ 婦人科

　　　 □ 泌尿器科

□ その他（　　　　　　科）

1. ホルモン療法の身体的な適応妥当性を判定した医師

所属

氏名　　　　　　　　　　　　　□ 婦人科

　　　 □ 泌尿器科

□ その他（　　　　　　科）

1. **精神科主治医及びセカンドオピニオン実施者は、医療チームに所属して継続的に性同一性障害の診療を実施し、複数例の身体治療に関する意見書を作成した経験が、□ある　□ ない。**

以上、医療チームとして身体治療の開始を妥当と判断いたしましたので報告いたします。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

報告者

所属

氏名

（自著または記名捺印）

（日本精神神経学会会員番号　　　　　　　　　　）

(受理番号: 　　　　　　　　　　　)

事務局用：記入しないで下さい。