**二次性徴抑制療法の中止に関する報告書**

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。

患者情報:

患者イニシャル：　　　　　　（ID・カルテ番号　　　　　　　　　）

二次性徴抑制療法中止時の年齢：　　　歳　　　ヶ月

性別：ＡＭＡＢ　□

　　　ＡＦＡＢ　□

二次性徴抑制療法　開始日　　　　年　　　月　　　日

二次性徴抑制療法　最終日　　　　年　　　月　　　日

（最終日がはっきりしない場合は終了を決定した年月日　　　　年　　月　　日）

中止の状況:

ホルモン療法への移行のため □

ホルモン療法への移行なし　　 　□

性別違和が軽減・消失したため　　 　□

主に経済的理由のため　　　　　　 　□

主に副作用等のため　　　　　　　 　□

（副作用について詳述下さい：　　　　　　　　　　　　）

その他の理由のため　　　　　　　 　□

（理由について詳述下さい：　　　　　　　　　　　　　）

以上、二次性徴抑制療法を中止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。