

問診票

(すべての初診の方にご記入を頂いておりますので、ご協力のほど、よろしくお願いいたします)

ID 番号 : _____

ふりがな		生年	西暦でご記入ください	
氏名		月日	年	月 日 (歳)
最終学歴	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 ※現在、中学生の方→最終学歴は小学校に☑ ※現在、高校生の方→最終学歴は中学校に☑ ※高校を中退した方→最終学歴は中学校に☑ ※専門学校を卒業した方→中学を卒業した後、専門学校に進学した方は中学校に☑ →高校を卒業した後、専門学校に進学した方は高校に☑			
現在の身分	<input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 社会人・その他			
現在の職業	<input type="checkbox"/> 仕事に就いていない(専業主夫・主婦を含む) <input type="checkbox"/> 仕事(非正規・パート・アルバイトを含む)に就いている (なるべく詳しく仕事内容を記述してください)			
現在の飲酒頻度	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 1カ月に1回以下 <input type="checkbox"/> 1カ月に2~4回 <input type="checkbox"/> 週に2~3回 <input type="checkbox"/> 週に4回以上			
現在の喫煙状況	<input type="checkbox"/> 喫煙していない <input type="checkbox"/> 喫煙している			
現在の婚姻状況	<input type="checkbox"/> 婚姻歴がない <input type="checkbox"/> 婚姻歴がある ◆婚姻歴がある方は、下記のリストから選んでください <input type="checkbox"/> 現在、婚姻関係にない(☐離婚 ☐死別) <input type="checkbox"/> 現在、婚姻関係にある(☐初婚 ☐再婚)			
実子	<input type="checkbox"/> 実子がいない <input type="checkbox"/> 実子がいる			
同胞	●自分を含めた血縁関係のある兄弟姉妹の人数を記入してください _____人 ●自分は何番目かを記入してください _____番目			
同居人	<input type="checkbox"/> 現在、同居人がいない <input type="checkbox"/> 現在、同居人がいる ◆現在、同居人がいる方は、下記のリストから選んでください(複数回答可) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 実子 <input type="checkbox"/> パートナーの子ども <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他(_____)			

<p>GID に関する 経過年齢</p>	<p>●性別違和を感じたのは何歳ですか？ _____ 歳</p> <p>●身体的な嫌悪を感じたのは何歳ですか？ _____ 歳</p> <p>●反対の性別・どちらの性別でもない、と確信したのは何歳ですか？ _____ 歳</p>
<p>GID に関連する 初めての病院受診</p>	<p><input type="checkbox"/>GID に関連した受診*をこれまでにしたことがない <input type="checkbox"/>GID に関連した受診*をこれまでにしたことがある ※今回の一連の受診（＝幹メンタルクリニックから札幌医科大学附属病院までの受診）は除きます</p> <p>◆GID に関連した受診をこれまでにしたことのある方は、以下の質問に回答してください</p> <p>◇初めて受診した時の年齢 _____ 歳</p> <p>◇初めて受診した診療科 <input type="checkbox"/>精神科 <input type="checkbox"/>心療内科 <input type="checkbox"/>泌尿器科 <input type="checkbox"/>産婦人科 <input type="checkbox"/>内科 <input type="checkbox"/>その他[美容外科など]</p> <p>◇初めて受診した病院名 _____</p>
<p>精神科受診歴</p>	<p><input type="checkbox"/>精神科の受診をこれまでにしたことがない <input type="checkbox"/>精神科の受診をこれまでにしたことがある</p> <p>◆精神科の受診をこれまでにしたことがある方は、以下の質問に回答してください</p> <p>◇初めて受診した時の年齢 _____ 歳</p> <p>◇受診動機（複数回答可） <input type="checkbox"/>GID に関する相談・診断・情報提供のため <input type="checkbox"/>メンタルヘルスの不調に関する相談・治療（薬物など）のため</p> <p>◇受診した結果 <input type="checkbox"/>治療がなかった <input type="checkbox"/>治療があった（例：精神療法、カウンセリング、薬物療法[1 度でも処方された場合を含む]）</p>
<p>これまでの自損 (自傷・自殺) 行為</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（例：薬を大量に飲んだ、自分の体をカッターなどで傷つけた、など）</p>
<p>家族の精神科受診歴</p>	<p><input type="checkbox"/>精神科受診歴のある家族がいない <input type="checkbox"/>精神科受診歴のある家族がいる</p> <p>◆精神科受診歴のある家族がいる方は、下記のリストから選んでください（複数回答可） <input type="checkbox"/>父親 <input type="checkbox"/>母親 <input type="checkbox"/>兄弟姉妹 <input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>パートナー <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>
<p>性別違和を 感じている家族</p>	<p><input type="checkbox"/>性別違和を感じている家族がいない <input type="checkbox"/>性別違和を感じている家族がいる</p> <p>◆性別違和を感じている家族がいる方は、下記のリストから選んでください（複数回答可） <input type="checkbox"/>父親 <input type="checkbox"/>母親 <input type="checkbox"/>兄弟姉妹 <input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>パートナー <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>

<p>今回の受診動機</p>	<p>●受診動機を下記リストから選んでください（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/> 診断が付くかどうかを知りたい <input type="checkbox"/> GIDに関連した身体的治療を受けたい</p> <p><input type="checkbox"/> 戸籍変更をしたい <input type="checkbox"/> 精神的な治療を受けたい</p> <p><input type="checkbox"/> その他のことを相談したい</p>
<p>ホルモン療法</p>	<p><input type="checkbox"/> ホルモン療法をこれまでに受けたことがない</p> <p><input type="checkbox"/> ホルモン療法をこれまでに受けたことがある</p> <p>◆ホルモン療法をこれまでに受けたことがある方は、以下の質問に回答してください</p> <p>◇初めて受けた時の年齢</p> <p>_____ 歳</p> <p>◇受けていた場所</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他（_____）</p> <p>▼現在、ホルモン療法を受けている方は、どこで受けているか、場所を選んでください</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他（_____）</p> <p>▼ホルモン療法をこれまでに受けていたけれども、現在、ホルモン療法を受けていない方は、以下の質問に回答してください（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/> 経済的な問題があったから <input type="checkbox"/> 効果が不十分だったから</p> <p><input type="checkbox"/> 副作用が生じたから <input type="checkbox"/> 入手経路が不適切だったから</p> <p><input type="checkbox"/> 入手していたホルモン剤に信頼が持てなかったから</p> <p><input type="checkbox"/> その他（_____）</p>
<p>乳房切除術/ 豊胸手術</p>	<p><input type="checkbox"/> 乳房切除術/豊胸手術をこれまでに受けたことがない</p> <p><input type="checkbox"/> 乳房切除術/豊胸手術をこれまでに受けたことがある</p> <p>◆乳房切除術/豊胸手術をこれまでに受けたことがある方は、以下の質問に回答してください</p> <p>◇受けた時の年齢</p> <p>_____ 歳</p> <p>◇受けた場所</p> <p><input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> タイ <input type="checkbox"/> その他の海外</p>
<p>性別適合手術</p>	<p><input type="checkbox"/> 性別適合手術をこれまでに受けたことがない</p> <p><input type="checkbox"/> 性別適合手術をこれまでに受けたことがある</p> <p>◆性別適合手術を受けたことがある方は、以下の質問に回答してください</p> <p>◇受けた部分とその時の年齢と受けた場所</p> <p><input type="checkbox"/> 精巣摘除/子宮卵巣摘出（_____ 歳・<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> タイ <input type="checkbox"/> その他の海外）</p> <p><input type="checkbox"/> 陰茎切除/小陰茎形成（_____ 歳・<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> タイ <input type="checkbox"/> その他の海外）</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚造臍/陰茎形成（_____ 歳・<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> タイ <input type="checkbox"/> その他の海外）</p>
<p>通称名の使用</p>	<p><input type="checkbox"/> 現在、通称名を使用していない</p> <p><input type="checkbox"/> 現在、通称名を使用している</p> <p>◆現在、通称名を使用している方は、どの場所で使用しているのかを下記リストから選んでください（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> プライベート</p> <p><input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 会員登録・予約（ポイントカード作成・宿泊予約など）</p> <p><input type="checkbox"/> 契約・支払い手続き（公共料金の支払い手続きなど）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（_____）</p>

カミングアウト	<p>●親族のカミングアウトについて</p> <p><input type="checkbox"/>親族にカミングアウトしていない</p> <p><input type="checkbox"/>親族にカミングアウトしている</p> <p>◆親族にカミングアウトしている方は、伝えた人を下記リストから選び、質問に回答してください（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/>父 親（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>母 親（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>兄 弟 姉 妹（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>配 偶 者（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>その他の親族（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <hr/> <p>●親族以外のカミングアウトについて</p> <p><input type="checkbox"/>親族以外にカミングアウトしていない</p> <p><input type="checkbox"/>親族以外にカミングアウトしている</p> <p>◆親族以外にカミングアウトしている方は、伝えた人を下記リストから選び、質問に回答してください（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/>パートナー（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>小学時代の教師（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>中学時代の教師（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>高校時代の教師（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>大学（専門・短大・大学院を含む）時代の教師（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>小学時代の友人（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>中学時代の友人（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>高校時代の友人（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>大学（専門・短大・大学院を含む）時代の友人（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>社会人時代の友人（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>職場の上 司（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>職場の同 僚（いつしましたか？ _____ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>そ の 他（ _____ ・いつしましたか？ _____ 歳）</p>
性指向	<p>●性指向（＝性的な衝動を感じる対象）を下記リストから選んでください</p> <p><input type="checkbox"/>男性 <input type="checkbox"/>女性 <input type="checkbox"/>人物本位で男性・女性こだわらない</p> <p><input type="checkbox"/>男性・女性にも性衝動を感じない <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
身体的苦悩	<p>●現時点（ここ 1 カ月間内）での身体的な苦悩について下記リストから選んでください（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/>月 経 <input type="checkbox"/>乳 房 <input type="checkbox"/>声 質 <input type="checkbox"/>骨 格・筋 肉 <input type="checkbox"/>シ ル エ ャ ッ ト</p> <p><input type="checkbox"/>身 長 <input type="checkbox"/>体 毛 <input type="checkbox"/>口 髭 <input type="checkbox"/>喉 仏 <input type="checkbox"/>額 の 形</p> <p><input type="checkbox"/>内性器（体の内側にある部分：精巣、精管、膣、子宮、卵巣など）</p> <p><input type="checkbox"/>外性器（体の外側にある部分：陰茎、陰囊、大陰唇、小陰唇、陰核など）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>

心理社会的苦悩

●現時点（ここ1ヶ月以内）での心理社会的苦悩について下記リストから選んでください（複数回答可）

①生活

- 服装・髪型・化粧を自由にできない 名前に対する違和感（改名）
 呼び名が嫌 人前での振る舞い方に迷う

②対人関係

- 人間関係を上手く築けない 他者の目が気になる
 周囲からの性別の見られ方 性自認に関する説明に困る
 他者との会話で話題に合わせることに難しい

③カミングアウト

- 理解を得られない するかどうかわからない
 したいが、できない 家族への影響を考えてしまう（悩み・戸惑い）

④学校

- 進学先（男子校／女子校）の選択 学ぶ分野の選択
 制服（名札） 更衣室

⑤仕事

- 職種選択 具体的な仕事の内容（例：力仕事、接客など）
 制服（名札） 更衣室
 面接（職探し）

⑥恋愛・結婚・性交渉

- 自信をもてず、踏み出せない 発展させるのが難しい（交際・結婚）
 相手に受け入れられるか不安 相手がどう思っているのか不安
 周囲の目が気になる 性行為に踏み出せない

⑦公共の場

- 公共施設（温泉・プールなど）の利用 トイレ（使いたい場所を使えない）
 トイレ（周囲の目が気になる）

⑧本人確認に関する手続き

- 名前の確認・呼び出し 身分証の提示
 何度も本人確認される 保険証の提示
 性別・氏名の記入

⑨戸籍

- 正式に結婚ができない 性自認と異なる
 このままだと自信がもてない

⑩その他

ご自由にご記入ください