（様式1-2）

**20名以上の性同一性障害当事者の診療または判定会議での検討について記載して下さい．**

**申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　印**

症例件数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療日 | 実施内容 | 患者イニシャル |
| （例）2013．2．3．初診 | 27歳　FTM症例　精神科診察，診断，生活支援助言 | M．Y． |
| （例）2014．8．2．初診 | 32歳　MTF症例　ホルモン療法可否の判断　女性ホルモン投与 | F．K． |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

GID判定会議件数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 判定会議日 | 内容 | 備考 |
| （例）2015．11．17． | FTMホルモン療法判定３件．乳房切除２件．SRS３件．  MTFホルモン療法１件．SRS１件承認 | セカンドオピニオン  不備で１件保留 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |