

男性ホルモン注射 問診票

記入日／ 年 月 日

氏名／

年齢／

才

住所／

連絡先／

■下記項目質問の、あてはまる答えにチェック☑を入れてください

(1) 男性ホルモン注射を打つのは初めてである

はい / いいえ

—「いいえ」の方に質問です

① トランスジェンダーとしてホルモン注射を接種したことがある

はい / いいえ

② 接種した注射の名前が分かれば記入してください ()

(2) 男性ホルモン注射についての知識がある

はい / いいえ

—「はい」の方に質問です

① 男性ホルモン注射の薬品名でご存知のものがあれば記入してください

()

(3) 具体的な症状について

① 日常的なだるさがある(体力の低下)

はい / いいえ

② 関節痛・筋肉痛がある

はい / いいえ

③ 意欲が湧かない

はい / いいえ

④ 物音の考え方・感じ方の変化(ネガティブ思考)

はい / いいえ

⑤ 性欲の減退・機能の低下

はい / いいえ

⑥ 睡眠の悩みがある

はい / いいえ

⑦ 現在、肝炎の治療中である

はい / いいえ

⑧ 過去に肝障害を指摘されたことがある

はい / いいえ

(4) 通院中または治療中の医療機関、診療科がある

はい / いいえ

(5) 定期的に服用している薬がある

はい / いいえ

(6) 男性ホルモン注射の継続的な接種を希望する

はい / いいえ

(7) その他 ドクターに伝えたいことがあれば具体的に記入してください