

## 男性更年期症状に関する問診票

該当する箇所に「✓」をつけてください。

- あなたの年齢は？  39歳以下  40歳代  50歳代  60歳代  70歳以上
- 結婚しておられますか？  結婚している  結婚していない
- お子さんはおられますか？  いる  いない

あなたの最近の健康状態についての質問です。それぞれ”はい”か”いいえ”のどちらかに「✓」をつけてください。

症状：	はい	いいえ
1. 性欲(セックスをしたいという気持ち)の低下がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 元気がなくなってきましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 体力あるいは持続力の低下がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 身長が低くなりましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 「日々の楽しみ」が少なくなったと感じていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 物悲しい気分/怒りっぽいですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 勃起力は弱くなりましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 最近、運動をする能力が低下したと感じていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 夕食後うたた寝をすることがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 最近、仕事の能力が低下したと感じていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

現在あなたにあてはまる以下の症状がありますか。あてはまる症状の程度を「✓」印でご記入下さい。もしも、あてはまる症状がない場合は、「なし」の項に「✓」印をご記入ください。

症状：	なし	軽い	中程度	重い	非常に重い
1. 総合的に調子が思わしくない (健康状態、本人自身の感じ方)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 関節や筋肉の痛み (腰痛、関節痛、手足の痛み、背中中の痛み)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ひどい発汗 (思いがけず突然汗が出る。緊張や運動とは関係なくほてる)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(裏面にも質問がありますのでよろしくお願い致します。)

症状:	なし	軽い	中程度	重い	非常に重い
4. 睡眠の悩み (寝つきが悪い、ぐっすり眠れない、寝起きが早く 疲れがとれない、浅い睡眠、眠れない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. よく眠くなる、しばしば疲れを感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. いらいらする (当たり散らす、些細なことに直ぐ腹を立てる、 不機嫌になる)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 神経質になった (緊張しやすい、精神的に落ち着かない、じっとして られない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 不安感 (パニック状態になる)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. からだの疲労や行動力の減退 (全般的な行動力の低下、活動の減少、余暇活動 に興味がない、達成感がない、自分をせかせかせない と何もしない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 筋力の低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 憂うつな気分 (落ち込み、悲しみ、涙もろい、意欲がわからない、 気分のむら、無用感)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 「人生の山は通り過ぎた」と感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 力尽きた、どん底にいると感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ひげの伸びが遅くなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 性的能力の衰え	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 早朝勃起(朝立ち)の回数の減少	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 性欲の低下 (セックスが楽しくない、性交の欲求がおきない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以上です。ご協力ありがとうございました。