

男性の老化症状に関する質問票

Japanese version of the AMS Questionnaire

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に○をつけてください。

	点数	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、本人自信の感じ方)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
② 関節や筋肉の痛み (腰痛、関節痛、手足の痛み、背中痛み)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
⑤ よく眠くなる、しばしば疲れを感じる		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
⑧ 不安感 (パニック状態になる)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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、達成感がない 余暇活動に興味がない、自分をせかせかせないと何もしない)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
⑩ 筋力の低下		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
⑫ 絶頂期は過ぎたと感じ		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
⑬ 力尽きた、どん底にいると感じる		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
⑭ ひげの伸びが遅くなった		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
⑮ 性的能力の衰		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
⑯ 早朝勃起 (朝立ち) の回数の減少		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

合計点数：

その他に気になる症状はありますか？

ある ない

[ある]と返答された方は具体的にご記入下さい：

ご協力ありがとうございました。代官山パークサイドクリニック