

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
 I I I I I
点数＝	1	2	3	4	5
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"/>
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"/>

症状：	なしI.....I.....I.....I.....I..... 1	軽い I.....I.....I.....I.....I..... 2	中程度 I.....I.....I.....I.....I..... 3	重い I.....I.....I.....I.....I..... 4	非常に 重い I.....I.....I.....I.....I..... 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、余暇活動に興味がない、達成感がない、自分を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"/>

その他に気になる症状がありますか？ ある ない

「ある」と返答された方は、具体的にご記入ください： _____

ご協力ありがとうございました。