

男性更年期障害チェックリスト



東京都渋谷区恵比寿南1-14-10 福隆ビル3F
電話：03-5768-7883

氏名(ふりがな)

日付 年 月 日

- ① 性欲の低下がありますか？ はい いいえ
- ② 気力の低下を感じますか？ はい いいえ
- ③ 体力や持久力の低下を感じますか？ はい いいえ
- ④ 以前より背が低くなりましたか？ はい いいえ
- ⑤ このところ、楽しいことがないと感じていますか？ はい いいえ
- ⑥ このところ、もの悲しかったり、
怒りっぽかったりしませんか？ はい いいえ
- ⑦ 勃起力の低下を実感しますか？ はい いいえ
- ⑧ 運動能力が落ちたと感じますか？ はい いいえ
- ⑨ 夕食後にうたた寝をすることがありますか？ はい いいえ
- ⑩ このところ、仕事の能力が低下したと感じますか？ はい いいえ

※これらの個人情報は、当院での診療目的以外には使用いたしません。