

男性更年期障害 (ADAM質問票)

お名前	記入日	年	月	日
-----	-----	---	---	---

以下の質問は、あなたが男性更年期障害かどうか参考にするためのものです。
各項目ごとに、はい・いいえのどちらかにチェックを付けて下さい。

1 性欲の低下やセックスしたいという欲求の低下はありますか？	はい	いいえ
2 最近、元気がなくなってきましたか？	はい	いいえ
3 体力あるいは持続力の低下がありますか？	はい	いいえ
4 身長が低くなりましたか？	はい	いいえ
5 日々の楽しみが少なくなったと感じていますか？	はい	いいえ
6 もの悲しい気分や怒りっぽくなったりすることはありますか？	はい	いいえ
7 勃起力は弱くなりましたか？	はい	いいえ
8 運動能力や機能の低下を感じますか？	はい	いいえ
9 夕食後うたた寝をすることがありますか？	はい	いいえ
10 最近、仕事の能力が落ちてきたと感じていますか？	はい	いいえ

Morley JE. Metabolism, 49: 1239-1242, 2000.

