

# 男性更年期障害チェックリスト

ふりがな

氏名

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