

# AMS (ED治療用) 問診票

作成日                      生            月            日

フリガナ		性別	生 年 月 日							
氏 名		男	<input type="checkbox"/>	大	<input type="checkbox"/>	昭	<input type="checkbox"/>	平	<input type="checkbox"/>	歳
		女	<input type="checkbox"/>			年		月		日
住 所	〒                      -									
電話番号					緊急連絡先電話番号					

以下の質問は、男性の加齢による変化を評価するための質問票です。

男性更年期障害（最近ではLOH症候群と呼ばれています）などの診断ならびに幹細胞治療効果を  
確認する上で必要となるものです。

質問に対して該当すると思われる番号を☑チェックをつけて下さい。

症状	なし	軽い	中等度	重い	非常に 重い
	1) 総合的に調子が思わしくない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 関節痛・筋肉痛がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ひどい発汗がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 睡眠の悩みがある	<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) イライラする、すぐカッとなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 神経質になった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 不安感がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) からだの疲労や行動力の減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) 筋力が低下してきた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) 憂うつ気味である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) 「絶頂期は過ぎた」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) 性的能力の衰えた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) 早朝勃起（朝立ち）の回数減少	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) 性欲の低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※クリニック記入欄 〈結果判定〉

症状の程度	総合評価	要素 1	要素 2	要素 3
質 問	全項目合計	6+7+8+11+13	1+2+3+4+5+9+10	12+14+15+16+17
点 数				

男性更年期の症状の一つであるED（勃起障害）に関する問診票で、幹細胞治療や培養上清治療の評価として必要となるものです。

1. I I E F 5（国際勃起スコア）

最近の状況で質問の回答としてあてはまる箇所に☑チェックをしてください。答えられる範囲で結構です。

（パートナーがいると仮定して質問にお答えください）





		1	2	3	4	5
1	勃起を維持する自信はどの程度ありますか？	非常に低い <input type="checkbox"/>	低い <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>	高い <input type="checkbox"/>	非常に高い <input type="checkbox"/>
2	性的刺激により勃起した場合、その内何回程度、挿入可能な硬さになりますか？	全くなし又はほとんどなし <input type="checkbox"/>	たまに（半分よりかなり下回る） <input type="checkbox"/>	時々（半分位） <input type="checkbox"/>	おおかた毎回半分よりかなり上回る <input type="checkbox"/>	毎回又はほぼ毎回 <input type="checkbox"/>
3	性交中、挿入後に勃起を維持できた回数ほどの程度ですか？	全くなし又はほとんどなし <input type="checkbox"/>	たまに（半分よりかなり下回る） <input type="checkbox"/>	時々（半分位） <input type="checkbox"/>	おおかた毎回半分よりかなり上回る <input type="checkbox"/>	毎回又はほぼ毎回 <input type="checkbox"/>
4	性交中、性交を終えるまで勃起を維持することはどの程度困難ですか？	ほとんど困難 <input type="checkbox"/>	かなり困難 <input type="checkbox"/>	困難 <input type="checkbox"/>	やや困難 上回る <input type="checkbox"/>	困難ではない <input type="checkbox"/>
5	性交を試みたときに、何回満足に性交が行なえますか？	全くなし又はほとんどなし <input type="checkbox"/>	たまに（半分よりかなり下回る） <input type="checkbox"/>	時々（半分位） <input type="checkbox"/>	おおかた毎回半分よりかなり上回る <input type="checkbox"/>	毎回又はほぼ毎回 <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_点（ご記入は不要です）

2. EHS（勃起の硬さスケール日本語版）：当てはまるGradeに☑チェックをつけてください。

<input type="checkbox"/>	Grade 0：陰茎は大きくなる。
<input type="checkbox"/>	Grade 1：陰茎は大きくなるが、硬くはない。
<input type="checkbox"/>	Grade 2：陰茎は硬いが、挿入に十分なほどではない。
<input type="checkbox"/>	Grade 3：陰茎は挿入には十分硬いが、完全には硬くはない。
<input type="checkbox"/>	Grade 4：陰茎は完全に硬く、硬直している。

Grade 4	Grade 3	Grade 2	Grade 1
硬さのイメージ	硬さのイメージ	硬さのイメージ	硬さのイメージ
りんご	グレープフルーツ	みかん	こんにゃく

			
陰茎は完全に硬く、硬直している	陰茎は挿入には十分硬いが、完全には硬くはない	陰茎は硬いが、挿入に十分なほどではない	陰茎は大きくなるが硬くはない

**診察のご希望について**

	希望日(曜日)	希望時間
第1希望	月 日 ( )	: ~ : の間
第2希望	月 日 ( )	: ~ : の間
第3希望	月 日 ( )	: ~ : の間

ご希望日時に予約が取れない場合は予約可能日のご案内をさせていただきますので、以下の質問にもご回答をお願いいたします。

診察のお時間を取りやすい曜日に☑チェックをつけてください。(重複可)

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診察のお時間を取りやすい時間帯に☑チェックをつけてください。(重複可)

10-11時	11-12時	12-13時	13-14時	14-15時	16-17時	17-18時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問は以上です。ご協力、ありがとうございました。  
ルネスクリニック日本橋