

CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY : PART A

名前：

日付：

医師から下記の疾患の診断を受けたことがありますか？

各診断名の右にある表にチェックをし、診断された年を記入してください。

	いいえ	はい	診断された年
1. むずむず脚症候群			
2. 慢性疲労症候群			
3. 線維筋痛症			
4. 顎関節症			
5. 片頭痛もしくは緊張性頭痛			
6. 過敏性腸症候群			
7. 化学物質過敏症			
8. 頭部外傷(鞭打ちを含む)			
9. 不安発作もしくはパニック発作			
10. うつ病			