

نام:

نام خانوادگی:

سن:

جنسیت: مرد زن

تاریخ اجرا:

پرسشنامه حساسیت مرکزی: بخش اول					
لطفا بهترین پاسخ را در سمت چپ هر توضیح، انتخاب کنید.					
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱ وقتی که از خواب بیدار می شوم، احساس می کنم که سر حال نیستم و خسته ام.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۲ احساس می کنم ماهیچه هایم سفت و دردناک هستند.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۳ دچار اضطراب(دلشوره) می شوم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۴ دندان قروچه می کنم یا دندان هایم را محکم به هم فشار می دهم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۵ مشکلات دفع مانند یبوست و یا اسهال دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۶ برای انجام فعالیت های روزمره ام به کمک نیاز دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۷ به نورهای شدید حساس هستم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۸ هنگامی که فعالیت جسمانی دارم به راحتی خسته می شوم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۹ در همه بدنم احساس درد می کنم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۰ سردرد دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۱ در هنگام ادرار کردن، احساس ناراحتی در مثانه و یا سوزش ادرار دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۲ خوب نمی خوابم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۳ در تمرکز کردن مشکل دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۴ مشکلات پوستی مثل خشکی، خارش یا قرمزی دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۵ استرس، علائم جسمانی(بیماری) ام را بدتر می کند.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۶ احساس غم یا افسردگی می کنم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۷ کم انرژی هستم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۸ در عضلات گردن و شانه هایم سفتی عضلانی دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۱۹ در فکم درد دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۲۰ بوهای خاص، مثل عطرها باعث می شوند سرگیجه یا حالت تهوع بگیرم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۲۱ تکرر ادرار دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۲۲ شب ها، هنگامی که سعی می کنم بخوابم، در پاهایم احساس بی قراری و ناراحتی می کنم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۲۳ در بخاطر آوردن چیزها مشکل دارم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۲۴ من در کودکی از یک تجربه تلخ(جسمی و یا روحی) رنج بردم.
همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	۲۵ در ناحیه لگنی درد دارم.

نام:

نام خانوادگی:

سن:

جنسیت: مرد

زن

تاریخ اجرا:

پرسشنامه حساسیت مرکزی: بخش دوم			
آیا اختلالات ذیل در شما توسط یک دکتر تشخیص داده شده اند؟ لطفا برای هر شخص، خانه سمت چپ را علامت زده و سال تشخیص را بنویسید.			
سال تشخیص داده شدن	بلی	خیر	
			۱ سندرم پای بی قرار
			۲ سندرم خستگی مزمن
			۳ فیبرومايالژی
			۴ اختلال مفصل فکی-گیجگاهی
			۵ سردرد میگرنی یا ضربانی
			۶ سندروم روده تحریک پذیر
			۷ حساسیت های چندگانه شیمیایی
			۸ آسیب های گردنی مانند ویپلش
			۹ اضطراب یا حملات وحشت زدگی
			۱۰ افسردگی