



แบบคัดกรองภาวะไวต่อสิ่งกระตุ้นของระบบประสาทส่วนกลาง

(ส่วน ก.)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) _____ วัน เดือน ปี _____

โปรดวงกลมล้อมรอบคำตอบทางด้านขวาที่ตรงกับท่านมากที่สุดในแต่ละคำถาม

คำถาม	คำตอบ				
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1 รู้สึกเหนื่อย และไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
2 รู้สึกว่ากล้ามเนื้อยึด และปวด	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
3 มีอาการวิตกกังวล	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
4 บดหรือกัดฟัน	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
5 มีปัญหาท้องเสีย และ/หรือท้องผูก	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
6 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
7 รู้สึกไวต่อแสงจ้า	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
8 เหนื่อยง่ายมากเมื่อทำกิจกรรมทางกาย	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
9 รู้สึกปวดทั่วร่างกาย	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
10 มีอาการปวดศีรษะ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
11 รู้สึกผิดปกติเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะ และ/หรือ ปวดแสบปวดร้อนเมื่อปัสสาวะ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
12 นอนหลับไม่สนิท	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
13 มีความยากลำบากในการจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
14 มีปัญหาทางผิวหนัง เช่น แห้งกร้าน คัน หรือผื่น เป็นต้น	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
15 ความเครียดทำให้มีอาการทางร่างกายแย่ลง	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
16 รู้สึกเศร้าหรือหดหู่	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
17 รู้สึกไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
18 มีอาการกล้ามเนื้อตึงบริเวณคอ และไหล่	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
19 มีอาการปวดบริเวณกราม	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ

20 รู้สึกเวียนศีรษะ และคลื่นไส้ เมื่อได้กลิ่นบางอย่าง เช่น น้ำหอม เป็นต้น	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
21 ปัสสาวะบ่อย	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
22 รู้สึกมีอาการขาอยู่ไม่นิ่ง ขณะพยายามจะนอนตอนกลางคืน	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
23 มีปัญหาในการจดจำสิ่งต่าง ๆ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
24 ทนทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บตั้งแต่วัยเด็ก	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
25 มีอาการปวดบริเวณเชิงกราน	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
คะแนนรวมแต่ละแถว					

คะแนนรวม

--

แบบคัดกรองภาวะไวต่อสิ่งกระตุ้นของระบบประสาทส่วนกลาง

(ส่วน ข.)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) _____ วัน เดือน ปี _____

ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้หรือไม่

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องด้านขวาของแต่ละการวินิจฉัยและระบุปีที่ได้รับการวินิจฉัย

ข้อ	คำวินิจฉัยจากแพทย์	ไม่ใช่	ใช่	ปีที่ได้รับการวินิจฉัย
1	กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข *			
2	กลุ่มอาการที่มีอาการกล้ามเนื้อเรื้อรัง			
3	ไฟโบรมัยอัลเจีย **			
4	กลุ่มอาการที่มีปัญหาบริเวณข้อต่อขากรรไกร			
5	ไมเกรน หรือ อาการปวดตึงศีรษะ			
6	กลุ่มอาการลำไส้แปรปรวน			
7	ความไวต่อสารเคมีหลายชนิด			
8	การบาดเจ็บที่บริเวณคอ (รวมไปถึงวิพลาส ***)			
9	ความวิตกกังวลหรือหวาดกลัวอย่างรุนแรง			
10	โรคซึมเศร้า			

หมายเหตุ

* รู้สึกมีอะไรมาไต่ที่ขา หรือมีอาการกระตุกของขา ซึ่งอาการมักเกิดขึ้นเฉพาะเวลากลางคืน ก่อนนอน หรือ เวลานอน

** โรคปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังทั่วร่างกาย

*** การปวดคออันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ เช่น อุบัติเหตุทางท้องถนน หรือ การเล่นกีฬา เป็นต้น