

PLEASE CHECK ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS WHICH YOU
NOW HAVE OR HAVE HAD IN THE PAST

<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>N</td><td>P</td></tr> <tr><td>O</td><td>A</td></tr> <tr><td>W</td><td>S</td></tr> <tr><td></td><td>T</td></tr> </table> <p>GENERAL</p> <p>___ ___ Allergy</p> <p>___ ___ Chills</p> <p>___ ___ Convulsions</p> <p>___ ___ Depression</p> <p>___ ___ Dizziness</p> <p>___ ___ Fainting</p> <p>___ ___ Headache</p> <p>___ ___ Loss of Sleep</p> <p>___ ___ Loss of Weight</p> <p>___ ___ Nervousness</p> <p>___ ___ Tremors</p> <p>MUSCLE & JOINT</p> <p>___ ___ Arthritis</p> <p>___ ___ Bursitis</p> <p>___ ___ Hernia</p> <p>___ ___ Low back pain</p> <p>___ ___ Neck Pain or Stiffness</p> <p>___ ___ Pain Between Shoulders</p> <p>Pain or Numbness in:</p> <p>___ ___ Shoulders</p> <p>___ ___ Arms</p> <p>___ ___ Elbows</p> <p>___ ___ Hands</p> <p>___ ___ Hips</p> <p>___ ___ Legs</p> <p>___ ___ Knees</p> <p>___ ___ Feet</p> <p>___ ___ Painful Tailbone</p> <p>___ ___ Sciatica</p> <p>___ ___ Swollen Joints</p>	N	P	O	A	W	S		T	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>N</td><td>P</td></tr> <tr><td>O</td><td>A</td></tr> <tr><td>W</td><td>S</td></tr> <tr><td></td><td>T</td></tr> </table> <p>GASTRO-INTESTINAL</p> <p>___ ___ Colon Trouble</p> <p>___ ___ Constipation</p> <p>___ ___ Diarrhea</p> <p>___ ___ Difficult Digestion</p> <p>___ ___ Gall Bladder Trouble</p> <p>___ ___ Hemorrhoids</p> <p>___ ___ Jaundice</p> <p>___ ___ Liver Trouble</p> <p>___ ___ Pain over Stomach</p> <p>___ ___ Ulcers</p> <p>E.E.N.T.</p> <p>___ ___ Crossed Eyes</p> <p>___ ___ Deafness</p> <p>___ ___ Earache</p> <p>___ ___ Enlarged Glands</p> <p>___ ___ Eye Flashes</p> <p>___ ___ Eye Pain</p> <p>___ ___ Hay fever</p> <p>___ ___ Hoarseness</p> <p>___ ___ Nasal Obstruction</p> <p>___ ___ Sinus Infection</p> <p>___ ___ Sore Throat</p> <p>CARDIOVASCULAR</p> <p>___ ___ Hardening Arteries</p> <p>___ ___ High Blood Pressure</p> <p>___ ___ Low Blood Pressure</p> <p>___ ___ Pain Over Heart</p> <p>___ ___ Cold Hands or Feet</p> <p>___ ___ Slow Beating Heart</p> <p>___ ___ Rapid Heart Beat</p> <p>___ ___ Swelling Ankles</p>	N	P	O	A	W	S		T	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>N</td><td>P</td></tr> <tr><td>O</td><td>A</td></tr> <tr><td>W</td><td>S</td></tr> <tr><td></td><td>T</td></tr> </table> <p>RESPIRATORY</p> <p>___ ___ Chest Pain</p> <p>___ ___ Chronic Cough</p> <p>___ ___ Difficult Breathing</p> <p>___ ___ Wheezing</p> <p>GENITO-URINARY</p> <p>___ ___ Bed Wetting</p> <p>___ ___ Blood in Urine</p> <p>___ ___ Frequent Urination</p> <p>___ ___ Can't Control Urine</p> <p>___ ___ Painful Urination</p> <p>___ ___ Prostate Trouble</p> <p>___ ___ Puss in Urine</p> <p>FOR WOMEN ONLY</p> <p>___ ___ Cramps or Backache</p> <p>___ ___ Excessive Flow</p> <p>___ ___ Hot Flashes</p> <p>___ ___ Irregular Cycle</p> <p>___ ___ Lumps in Breast</p> <p>___ ___ Menopausal Symptoms</p> <p>___ ___ Painful Menses</p> <p>___ ___ Vaginal Discharge</p> <p>___ ___ Miscarriage</p> <p>Are You Pregnant YES _____ NO _____</p>	N	P	O	A	W	S		T
N	P																									
O	A																									
W	S																									
	T																									
N	P																									
O	A																									
W	S																									
	T																									
N	P																									
O	A																									
W	S																									
	T																									

Do not write below this area, for office use only.

Symptoms:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Other Notes: _____
