

SURVEY OF YOUR OVERALL HEALTH OF YOUR BODY'S SYSTEMS

Patient Name _____ Date _____ consistently taking supplements _____%

For your 1st visit-checkmark any symptom you have experienced in last 6 months. For Re-exams-checkmark symptoms you are currently experiencing.

<p>HEADACHES</p> <p>___ Base of Skull (back)</p> <p>___ Side of head (Temples)</p> <p>___ Frontal (above eyes)</p> <p>___ Top of head</p> <p>___ Entire Head</p> <p>___ Migraines</p> <p>___ Cluster</p> <p>___ Other _____</p>	<p>CHEST</p> <p>___ Tension</p> <p>___ Tight</p> <p>___ Pressure</p> <p>___ Heaviness</p> <p>___ Congestion</p> <p>___ Chest Pain</p> <p>___ Sternal Pain</p> <p>___ Sharp Heart Pain</p> <p>___ Palpitations-Heart Skip/Flutter</p> <p>___ Heart Racing</p> <p>___ Heart Slowing down</p> <p>___ Mitral Valve Prolapse</p> <p>___ Murmur</p> <p>___ Other _____</p>	<p>URINATION</p> <p>___ _____ times per day-frequency</p> <p>___ Urinate at night _____ per night</p> <p>___ Urgency</p> <p>___ Burning</p> <p>___ Pain</p> <p>___ Odor</p> <p>___ Spasm</p> <p>___ Leakage</p> <p>___ Urinary Tract Infection</p> <p>___ Incontinence</p> <p>___ Kidney Troubles</p> <p>___ Other _____</p>	<p>MEMORY</p> <p>___ Forget Names</p> <p>___ Forget Numbers</p> <p>___ Forget Words</p> <p>___ Forget Actions</p> <p>___ Difficulty Concentrating</p> <p>___ Other _____</p>	<p>MENSES (women only)</p> <p>___ Last Menstrual Period _____</p> <p>___ Length of Menses _____</p> <p>___ Regular</p> <p>___ Irregular</p> <p>___ Early (less than 28 days)</p> <p>___ Late (more than 28 days)</p> <p>___ Skip</p> <p>___ Birth Control Pill</p> <p>___ Flow (heavy/ moderate/ light)</p> <p>___ Clotting/ Spotting</p> <p>___ Cramps (mild/ mod/ severe)</p> <p>___ Low Abdominal Puffiness</p> <p>___ Fluid Retention Face</p> <p>___ Fluid Retention Hands</p> <p>___ Fluid Retention Feet</p> <p>___ Tired during cycle</p> <p>___ Acne (pre/post)</p> <p>___ mood swings/irritable/depression</p> <p>___ Breast Tender around cycle</p>
<p>EARS</p> <p>___ Noise (Ring/Hiss/Pound)</p> <p>___ Plugged</p> <p>___ Popping</p> <p>___ Ear Ache</p> <p>___ Ear Infections</p> <p>___ Draining</p> <p>___ Itchy</p> <p>___ Hearing Loss</p> <p>___ Dizziness/ Vertigo</p> <p>___ Excessive Ear Wax</p> <p>___ Other _____</p>	<p>SHORTNESS OF BREATH</p> <p>___ Constant</p> <p>___ Upon Exertion</p> <p>___ Wheeze</p> <p>___ Air Hunger</p> <p>___ Asthma</p> <p>___ Frequent Sighs</p> <p>___ Emphysema</p> <p>___ Other _____</p>	<p>ENERGY</p> <p>___ Low</p> <p>___ Variable</p> <p>___ Normal</p> <p>___ High</p> <p>___ Slow to start in the morning</p> <p>___ Low Energy after meals</p> <p>___ Energy Crash _____ am/pm</p> <p>___ Other _____</p>	<p>LIBIDO/ SEXUALITY</p> <p>___ Flat</p> <p>___ Low</p> <p>___ Normal</p> <p>___ Erectile Dysfunction (men)</p> <p>___ Orgasm Quality (poor/ good/ great)</p> <p>___ Other _____</p>	<p>SKIN/ HAIR/ NAILS</p> <p>___ Skin Rash</p> <p>___ Acne</p> <p>___ Dry Skin</p> <p>___ Itchy Skin</p> <p>___ Patches skin look different</p> <p>___ Cellulite</p> <p>___ Nails (weak/ spots/ lines)</p> <p>___ Hair loss</p> <p>___ Limp Hair</p> <p>___ Other _____</p>
<p>EYES</p> <p>___ Burn</p> <p>___ Tear</p> <p>___ Ache</p> <p>___ Red</p> <p>___ Dry</p> <p>___ Eye Film</p> <p>___ Crust in morning</p> <p>___ Itchy Eyes</p> <p>___ Bouts of Blurriness</p> <p>___ Floaters</p> <p>___ Spots</p> <p>___ Tired</p> <p>___ Puffy</p> <p>___ Styte</p> <p>___ Twitching around eyes</p> <p>___ Dark Circles</p> <p>___ Light Bothers Eyes</p> <p>___ Nearsighted</p> <p>___ Farsighted</p> <p>___ Other _____</p>	<p>STOMACH</p> <p>___ Heartburn</p> <p>___ Indigestion</p> <p>___ Stomach Aches</p> <p>___ Stomach Cramps</p> <p>___ Nausea/ Queasy</p> <p>___ Bloat after Eat</p> <p>___ Gas/ Flatulence</p> <p>___ Belching</p> <p>___ Ulcer</p> <p>___ Hiatal Hernia</p> <p>___ Other _____</p>	<p>SLEEP</p> <p>___ Quality (poor/fair/good/great)</p> <p>___ _____ Hours in bed</p> <p>___ _____ Hours asleep</p> <p>___ Difficulty falling asleep</p> <p>___ Difficulty staying asleep</p> <p>___ Interrupted _____ per night</p> <p>___ Crave Sleep during day</p> <p>___ Awaken Suddenly (Jolt)</p> <p>___ Don't Remember Dreams</p> <p>___ Nightmares</p> <p>___ Night sweats</p> <p>___ Restlessness</p> <p>___ Sleep Apnea</p> <p>___ Other _____</p>	<p>CRAMPS/ ACHES/ RESTLESS</p> <p>___ Cramps (legs/feet/arms/hands)</p> <p>___ Aches (legs/feet/arms/hands)</p> <p>___ Restless (legs/feet/arms/hands)</p> <p>___ Other _____</p>	<p>BREASTS (women only)</p> <p>___ Breast Tender constant</p> <p>___ Breast Feeding</p> <p>___ Fibrosis</p> <p>___ Lump</p> <p>___ Discharge</p> <p>___ Prosthesis</p> <p>___ Augmentation Surgery</p> <p>___ Reduction Surgery</p> <p>___ Pathology</p> <p>___ Other _____</p>
<p>SINUS</p> <p>___ Nosebleeds</p> <p>___ Dry</p> <p>___ Drain</p> <p>___ Stuffy/ plugged up</p> <p>___ Sneeze frequently</p> <p>___ Smell Loss</p> <p>___ Taste Loss</p> <p>___ Post nasal drip...circle color: white/yellow/green/gray brown/blood/blood/clear</p> <p>___ Other _____</p>	<p>BOWELS</p> <p>___ Bowel Movements _____ Per day</p> <p>___ Regular</p> <p>___ Incomplete</p> <p>___ Skip days _____ per (week/month)</p> <p>___ Sluggish bowels every _____ days</p> <p>___ Cramps in Abdomen</p> <p>___ Taking Laxatives</p> <p>___ Using Suppositories</p> <p>___ Enemas</p> <p>___ Colonics</p> <p>___ Bulky</p> <p>___ Pain with Bowel Movements</p> <p>___ Irritable Bowel Syndrome</p> <p>___ Chrons</p> <p>___ Colitis</p> <p>___ Other _____</p>	<p>EMOTIONS</p> <p>___ Stressed</p> <p>___ Sad</p> <p>___ Grief</p> <p>___ Depression</p> <p>___ Moodiness</p> <p>___ Frustrated</p> <p>___ Irritable</p> <p>___ Angry</p> <p>___ Worrisome</p> <p>___ Nervous</p> <p>___ Anxiety</p> <p>___ Panic</p> <p>___ Cry</p> <p>___ Fear</p> <p>___ Shame</p> <p>___ Other _____</p>	<p>PAIN/ STIFFNESS/ SWELLING NUMBNESS/ TINGLING</p> <p>___ Facial</p> <p>___ Neck</p> <p>___ Trapezius</p> <p>___ Upper Back</p> <p>___ Shoulders</p> <p>___ Arms</p> <p>___ Elbows</p> <p>___ Wrist</p> <p>___ Hand</p> <p>___ Mid Back</p> <p>___ Low Back</p> <p>___ Sacral Iliac</p> <p>___ Hips</p> <p>___ Buttocks</p> <p>___ Legs</p> <p>___ Sciatica</p> <p>___ Knees</p> <p>___ Ankles</p> <p>___ Feet</p> <p>___ Other _____</p>	<p>VAGINA (women only)</p> <p>___ Burn</p> <p>___ Itch</p> <p>___ Dry</p> <p>___ Pain</p> <p>___ Blood</p> <p>___ Discharge</p> <p>___ - Clear</p> <p>___ - White</p> <p>___ - Yellow</p> <p>___ - Green</p> <p>___ - Brown</p> <p>___ - Odor</p> <p>___ Other _____</p>
<p>MOUTH/ THROAT/ IMMUNE</p> <p>___ Blisters</p> <p>___ Canker Sore</p> <p>___ Bad Breath</p> <p>___ Bleeding gums</p> <p>___ Receding gums</p> <p>___ Teeth Health Problems</p> <p>___ Dry Mouth</p> <p>___ Swelling of Glands</p> <p>___ Difficulty Swallowing</p> <p>___ Sore Throat</p> <p>___ Hoarseness</p> <p>___ Fever</p> <p>___ Chills</p> <p>___ Cold/ sweaty hands or feet</p> <p>___ Cough (dry/productive)</p> <p>___ Environmental Allergies</p> <p>___ Upper Respiratory Infection</p> <p>___ Frequent Colds/ Flu</p> <p>___ Chronic Bronchitis</p> <p>___ Other _____</p>	<p>FECAL CONSISTENCY</p> <p>___ Color feces light or dark _____</p> <p>___ Normal</p> <p>___ Soft</p> <p>___ Hard</p> <p>___ Pebbles</p> <p>___ Dry</p> <p>___ Ribbon-like</p> <p>___ Mucous</p> <p>___ Diarrhea</p> <p>___ Constipation</p> <p>___ Other _____</p>	<p>APPETITE/ DIET</p> <p>___ Low Appetite</p> <p>___ Normal Appetite</p> <p>___ High Appetite</p> <p>___ Starch (pasta/bread/potatoes/rice)</p> <p>___ Sweets</p> <p>___ Chocolate</p> <p>___ Coffee _____ cups/ day</p> <p>___ Caffeinated Tea _____ cups/day</p> <p>___ Beer _____ per week</p> <p>___ Wine _____ per week</p> <p>___ Juice _____ per week</p> <p>___ Soda _____ per week</p> <p>___ Artificial Sweeteners</p> <p>___ Eat a lot of Spicy Foods</p> <p>___ Ice Cream</p>	<p>For Men Only: PROSTATE</p> <p>___ Burn</p> <p>___ Achyness</p> <p>___ Pain</p> <p>___ Restriction</p> <p>___ Dribbling</p> <p>___ Emission</p> <p>___ Swelling</p> <p>___ Other _____</p>	<p>MENOPAUSE (women only)</p> <p>___ Natural</p> <p>___ Surgical (partial/complete)</p> <p>___ Hormones</p> <p>___ Patch</p> <p>___ Hot Flashes</p> <p>___ Skin Crawling</p> <p>___ Cherry Hemangiomas</p> <p>___ Facial Hair</p> <p>___ Hair growing up towards belly button</p> <p>___ Dark Nipple Hair</p> <p>___ Other _____</p>
<p>HEMORRHOIDS</p> <p>___ Swollen</p> <p>___ Burning</p> <p>___ Blood</p> <p>___ Distended</p> <p>___ Itchy</p> <p>___ Stingy</p> <p>___ Achy</p>	<p>EXERCISE</p> <p>___ Cardiovascular _____ times/ week</p> <p>___ Weight Train _____ times/per week</p>	<p>List Your Primary Concerns in order of importance to you:</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) _____</p> <p>4) _____</p>	<p>For Doctor's Use</p> <p>___ Frenular Cyst</p> <p>___ Cracks in Tongue</p> <p>___ Allergy Patches Tongue</p> <p>___ Geographic Tongue</p> <p>___ Red Spots Tongue</p> <p>___ Swollen Tongue</p> <p>___ Color Tongue _____</p> <p>___ Dark Veins Tongue</p> <p>___ Coated Tongue (mild/mod/severe)</p> <p>___ Ear Creases (Rt/ Lt) mild/mod/severe)</p> <p>___ Weight _____ (+/- ___ lbs) overall (+/- ___)</p> <p>___ Height _____</p> <p>___ Pulse _____ BP: (____/____)</p> <p>___ saliva pH _____ Urine pH _____</p> <p>___ Allergies _____</p> <p>___ Current Meds: _____</p>	