Name:	Date of Birth:	Appt. Date:	Appt. Time:	Provider:

MEDICAL PROBLEMS

- ☐ Y EASY BLEEDING
- ☐ Y BLOOD CLOTS
- ☐ Y DIABETES
- ☐ Y OSTEOPOROSIS
- ☐ Y GASTRIC ULCER
- ☐ Y GERD
- ☐ Y RHEUMATOID ARTHRITIS
- ☐ Y FIBROMYALGIA
- ☐ Y REFLEX SYMPATHETIC DYSTROPHY
- ☐ Y GOUT
- ☐ Y OSTEOARTHRITIS
- ☐ Y LYME DISEASE
- ☐ Y KIDNEY PROBLEM
- ☐ Y HEART ATTACK
- ☐ Y STROKE
- ☐ Y HEART DISEASE
- ☐ Y HEART MURMUR
- ☐ Y THYROID
- ☐ Y HEART FAILURE
- ☐ Y IRREGULAR HEART BEAT
- ☐ Y PNEUMONIA
- ☐ Y SLEEP APNEA
- ☐ Y TUBERCULOSIS
- ☐ Y BRONCHITIS
- ☐ Y ASTHMA
- ☐ Y COPD
- ☐ Y HIGH BLOOD PRESSURE
- ☐ Y HIV / AIDS
- ☐ Y HEPATITIS
- ☐ Y HERNIA
- ☐ Y KIDNEY STONE
- ☐ Y COLITIS
- ☐ Y CANCER
- ☐ Y DEPRESSION
- ☐ Y DEMENTIA
- ☐ Y PARKINSONS
- ☐ Y SEIZURES
- ☐ Y SUBSTANCE USE DISORDERS

☐ Y NO MEDICAL PROBLEMS REPORTED

☐ Y OTHER (specify): _____

SURGICAL HISTORY-(Free text: date, physician)

- ☐ Y Back Surgery
- ☐ Y Hip replacement
- ☐ Y Knee replacement
- ☐ Y Rotator Cuff Repair
- ☐ Y Knee Arthroscopy
- ☐ Y Tonsillectomy With Adenoidectomy
- ☐ Y Thyroid Surgery
- ☐ Y Appendectomy
- ☐ Y Gallbladder Surgery
- ☐ Y Hernia Repair
- ☐ Y Hemorrhoidectomy
- ☐ Y Pacemaker Present
- ☐ Y Heart Bypass
- ☐ Y Cataract Surgery
- ☐ Y Prostate Surgery
- ☐ Y OTHER (specify): _____

SOCIAL HISTORY

CHEWING TOBACCO ☐ Y ☐ N

SMOKING STATUS ☐ Y ☐ N

ALCOHOL USE ☐ Y ☐ N

ILLEGAL DRUG USE (specify) ☐ Y ☐ N

MARITAL STATUS:

☐ Y SOCIAL HISTORY UNCHANGED

FEMALES ONLY

DATE LAST MENSTRUAL PERIOD:

☐ Y ☐ N HYSTERECTOMY

ALLERGIES Please list all active allergies): Circle NKDA if no allergies

OCCUPATIONAL STATUS

- ☐ Y RETIRED
- ☐ Y OCCUPATION: (specify)
- ☐ Y ON DISABILITY
- ☐ Y ☐ N UNEMPLOYED

FAMILY HISTORY

	Pat	Mat	Bro	Sis	Son	Dau
HEART DISEASE	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
HYPERTENSION	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
DIABETES MELLITUS	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
STROKE SYNDROME	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
OSTEOPOROSIS	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
DVT (blood clots)	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
PULMONARY EMBOLISM	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
OSTEOARTHRITIS	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
RHEUMATOID ARTHRITIS	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
CANCER	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
FHx UNCHANGED	☐ Y					
Unknown Family Hx	☐ N					
History Unobtainable - FH	☐ Y					

family history [use for free text]

CONSTITUTIONAL
- ☐ Y ☐ N Weight change
- ☐ Y ☐ N Chills
- ☐ Y ☐ N Fever
- ☐ Y ☐ N Night sweats
- ☐ Y ☐ N Feeling tired or poorly (malaise)

Other Constitutional Symptoms

HEENT SYMPTOMS
- ☐ Y ☐ N Headache
- ☐ Y ☐ N Eyesight problems
- ☐ Y ☐ N seeing double (diplopia)
- ☐ Y ☐ N Nosebleeds (epistaxis)
- ☐ Y ☐ N ringing in the ears (tinnitus)
- ☐ Y ☐ N dentures currently being worn
- ☐ Y ☐ N Wearing Contact Lens

Other Head-related Symptoms

NECK
- ☐ Y ☐ N Neck pain
- ☐ Y ☐ N Neck stiffness
- ☐ Y ☐ N difficult intubation

Other Neck Symptoms

CARDIOVASCULAR
- ☐ Y ☐ N Chest pain or discomfort
- ☐ Y ☐ N Fast heart rate
- ☐ Y ☐ N Palpitations

Other Cardiovascular Symptoms

HEMATOLOGICAL SYMPTOMS
- ☐ Y ☐ N Easy bleeding
- ☐ Y ☐ N Easy bruising tendency

GASTROINTESTINAL
- ☐ Y ☐ N Difficulty swallowing (dysphagia)
- ☐ Y ☐ N Heartburn
- ☐ Y ☐ N Nausea
- ☐ Y ☐ N Vomiting
- ☐ Y ☐ N Abdominal pain
- ☐ Y ☐ N Diarrhea
- ☐ Y ☐ N Blood in Stool
- ☐ Y ☐ N Black/tarry stools
- ☐ Y ☐ N Constipation

Other Gastrointestinal Symptoms

GENITOURINARY
- ☐ Y ☐ N Blood in urine
- ☐ Y ☐ N Painful urination
- ☐ Y ☐ N Increased urinary frequency

Other Genitourinary Symptoms

MUSCULOSKELETAL SYMPTOMS
- ☐ Y ☐ N diffuse joint pains (arthralgias)

Joint pain - localized (specify area):
- ☐ Y ☐ N Swelling Legs

Other Musculoskeletal Symptoms

NEUROLOGICAL SYMPTOMS
- ☐ Y ☐ N Dizziness
- ☐ Y ☐ N numbness (hypesthesia)
- ☐ Y ☐ N tingling (paresthesia)
- ☐ Y ☐ N fainting (syncope)

Other Neurological Symptoms

SKIN SYMPTOMS
- ☐ Y ☐ N itching (pruritus)
- ☐ Y ☐ N skin lesion
- ☐ Y ☐ N skin: a rash
- ☐ Y ☐ N yellow skin or eyes (jaundice)
- ☐ Y ☐ N Eczema
- ☐ Y ☐ N Psoriasis

Other skin symptoms

PULMONARY
- ☐ Y ☐ N Shortness of breath
- ☐ Y ☐ N Cough
- ☐ Y ☐ N Coughing up blood (hemoptysis)
- ☐ Y ☐ N Hoarseness
- ☐ Y ☐ N sweating heavily at night
- ☐ Y ☐ N Wheezing

Other Pulmonary Symptoms

ENDOCRINE SYMPTOMS
- ☐ Y ☐ N excessive sweating
- ☐ Y ☐ N excessive thirst / fluid intake (polydypsia)

Other endocrine symptoms

PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS
- ☐ Y ☐ N Sleep disturbances
- ☐ Y ☐ N Anxiety
- ☐ Y ☐ N Depression

Other psychological symptoms

OTHER SYMPTOMS

MEDICATIONS (list all current prescriptive and non-prescriptive medications):

Name: DOB: