

# MEDICAL HISTORY AND REVIEW

**Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Today's Date:** \_\_\_\_\_

**MALE** \_\_\_\_\_ **FEMALE** \_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH:** \_\_\_\_\_ **AGE** \_\_\_\_\_ **Occupation** \_\_\_\_\_

*In case of emergency, please list a relative / friend / guardian below:*

**Emergency Contact Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Primary Care Physician:** \_\_\_\_\_ **Physician's Phone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Is there a REFERRING DOCTOR?

NAME \_\_\_\_\_ Physician's Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

<p><b>ALLERGIES</b>                      NO KNOWN ALLERGIES <input type="checkbox"/></p> <p>To Medicines: _____</p> <p>_____</p> <p>To Substances (pets, Pollen, etc.):</p> <p>_____</p> <p>LATEX SENSITIVITY? <input type="checkbox"/></p>	<p><b>*** List All Medicines you take:    (-including non-prescription)</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

**SYMPTOMS / PAST MEDICAL HISTORY / Review of Systems:** *Please check, if YES, for any of the following:*

<p><b>Eye</b></p> <p>___ Blurred Vision</p> <p>___ Eyestrain / Fatigue</p> <p>___ Irritation (dry, itch, red)</p> <p>___ Tearing, watering</p> <p>___ Pain, Injury</p> <p>___ Glare/Halos</p> <p>___ Double Vision</p> <p>___ Spots, Floaters, Flashes</p> <p>___ Infection</p> <p>___ Glaucoma</p> <p>___ Cataracts</p> <p>___ Macular Degeneration</p> <p>Other: _____</p>	<p><b>Cardiovascular</b></p> <p>___ Swelling in feet/hands</p> <p>___ High Blood Pressure</p> <p>___ Weight Gain</p> <p>___ Irregular Heartbeat</p> <p>___ Angina, chest pain</p> <p>___ Heart Disease</p> <p>___ Carotid Artery Disease</p> <p>___ Fatigue, fainting</p> <p>___ Heart Attack</p> <p>___ Stroke</p>	<p><b>Respiratory</b></p> <p>___ Cough</p> <p>___ Shortness of Breath</p> <p>___ Asthma</p> <p>___ Bronchitis</p> <p>___ Pneumonia</p> <p>___ Emphysema</p> <p>___ Tuberculosis</p> <p><b>Immunologic</b></p> <p>___ Seasonal Allergies</p> <p>___ Itching</p> <p>___ Hives/Rash</p> <p>___ Persistent Infection</p> <p>___ HIV</p>	<p><b>Neurologic</b></p> <p>___ Memory Loss</p> <p>___ Alzheimer's</p> <p>___ Speech impairment</p> <p>___ Seizures</p> <p>___ Tremors</p> <p>___ Numbness/Tingling</p> <p>___ Weakness</p> <p>___ Headaches</p> <p>___ Migraines</p> <p>___ Dizziness</p> <p>___ Hearing Loss</p> <p>___ Ringing in ears</p> <p><b>Psychiatric</b></p> <p>___ Depression</p> <p>___ Anxiety</p> <p>___ Mental Illness</p> <p>___ ADHD</p>
<p><b>Endocrine</b></p> <p>___ Diabetes</p> <p>___ Excessive Thirst</p> <p>___ Liver Disease</p> <p>___ Hepatitis</p> <p>___ Thyroid Disease</p> <p><b>Heme/Lymphatic</b></p> <p>___ Anemia</p> <p>___ Bleeding Problems</p> <p>___ Fever</p> <p>___ Swollen Lymph Nodes</p>	<p><b>Gastrointestinal</b></p> <p>___ Dry Mouth</p> <p>___ Ulcers</p> <p>___ Reflux Disorder</p> <p>___ Hiatal Hernia</p> <p>___ Nausea</p> <p>___ Diarrhea</p> <p>___ Vomiting</p> <p>___ Appetite loss</p> <p>___ Gas</p> <p>___ Gallstones</p>	<p><b>Genitourinary</b></p> <p>___ Kidney Disease/Infection</p> <p>___ Bladder Problems</p> <p>___ Hysterectomy</p> <p>___ Genital Herpes</p> <p>___ Painful Urination</p> <p>___ Frequent Urination</p> <p>___ Blood in Urine</p> <p>___ Kidney Stones</p>	<p><b>Musculoskeletal</b></p> <p>___ Arthritis</p> <p>___ Gout</p> <p>___ Muscle Aches</p> <p>___ Joint Pain</p> <p>___ Back Pain</p> <p>___ Muscle Cramps</p> <p>___ Joint Swelling</p>
<p><b>Skin</b>    ___ Cancer    ___ Discolored    ___ Changes in Nails</p> <p>         ___ Rash / Itch    ___ Dry, Scaly    ___ Poor healing</p>			

<p><b>FAMILY HISTORY:</b> <i>Anyone in your family? How related?</i></p> <p>Diabetes _____</p> <p>High Blood Pressure _____</p> <p>Stroke _____</p> <p>Heart Disease _____</p> <p>Macular degeneration _____</p> <p>Glaucoma _____</p> <p>Other _____</p>	<p><b>HOSPITALIZATIONS/SURGERY:</b> List any previous below:</p> <p><b>Surgery Date</b></p> <p>Thyroid/Neck _____</p> <p>Heart _____</p> <p>Lung _____</p> <p>Stomach/Abdomen _____</p> <p>Cancer _____</p> <p>Other _____</p>
---	--

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%;">Updated by</th> <th style="width: 30%;">DATE</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Updated by	DATE							<p><b>SOCIAL HISTORY:</b></p> <p>Do you smoke? _____ How much? _____</p> <p>Do you drink alcohol? _____ How much? _____</p> <p>Recreational drugs? _____ How Often? _____</p> <p>Marital status:    Married    Single    Divorced    Widowed</p>
Updated by	DATE								