

## Review of Systems

Do you now or have you had any problems related to the following systems? Circle Yes or No.  
Please explain any Yes answers in space provided.

<p><b>Constitutional Symptoms</b></p> <p>Fever                    Y    N</p> <p>Chills                    Y    N</p> <p>Headache                Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Eyes</b></p> <p>Blurred vision          Y    N</p> <p>Double vision            Y    N</p> <p>Pain                        Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Allergic/Immunologic</b></p> <p>Hay fever                Y    N</p> <p>Drug allergies            Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Neurological</b></p> <p>Tremors                  Y    N</p> <p>Dizzy spells              Y    N</p> <p>Numbness/tingling        Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Endocrine</b></p> <p>Excessive thirst         Y    N</p> <p>Too hot/cold              Y    N</p> <p>Tired/sluggish            Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Gastrointestinal</b></p> <p>Abdominal pain          Y    N</p> <p>Nausea/vomiting          Y    N</p> <p>Indigestion/heartburn    Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Cardiovascular</b></p> <p>Chest Pain                Y    N</p> <p>Varicose veins            Y    N</p> <p>High blood pressure      Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p>	<p><b>Integumentary</b></p> <p>Skin rash                Y    N</p> <p>Boils                     Y    N</p> <p>Persistent itch          Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Muskuloskeletal</b></p> <p>Joint pain                Y    N</p> <p>Neck pain                Y    N</p> <p>Back pain                Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Ear/Nose/Throat/Mouth</b></p> <p>Ear infection             Y    N</p> <p>Sore throat                Y    N</p> <p>Sinus problems          Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Genitourinary</b></p> <p>Urine retention          Y    N</p> <p>Painful urination         Y    N</p> <p>Urinary frequency        Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Respiratory</b></p> <p>Wheezing                 Y    N</p> <p>Frequent cough            Y    N</p> <p>Shortness of breath      Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Hematologic/Lymphatic</b></p> <p>Swollen glands            Y    N</p> <p>Blood clotting problem    Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p> <p><b>Psychologic</b></p> <p>Are you generally satisfied with your life?            Y    N</p> <p>Do you feel severely depressed?                Y    N</p> <p>Have you considered suicide?                    Y    N</p> <p>Other                     Y    N</p>
---	--

---



---

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_