

**Please circle all symptoms that apply to you in the past year**

<b>Eyes</b>	none	<b>Constitution</b>	none	<b>Integumentary</b>	none	<b>Neurological</b>	none
blurred vision	Y N	fatigue	Y N	new skin lesions	Y N	Numbness / tingling	Y N
hazy vision	Y N	fever / chills	Y N	<b>Endocrine</b>	none	weakness	Y N
glare / light sensitivity	Y N	malaise	Y N	excessive thirst	Y N	dizziness	Y N
floaters	Y N	problems sleeping	Y N	intolerance to heat / cold	Y N	headaches	Y N
flashes	Y N	weight loss / gain	Y N	weight loss / gain	Y N	migraines	Y N
double vision	Y N	<b>Allergic / Immunologic</b>	none	<b>Gastrointestinal</b>	none	seizures	Y N
transient loss of vision	Y N	itching	Y N	nausea	Y N	<b>Psychiatric</b>	none
visual hallucinations	Y N	<b>Cardiovascular</b>	none	vomiting	Y N	agitated	Y N
eyestrain	Y N	chest pain	Y N	<b>Genitourinary</b>	none	anxious / nervous	Y N
dryness	Y N	palpitations	Y N	frequent urination	Y N	hallucinations	Y N
watering	Y N	fainting / dizziness	Y N	decreased urine flow	Y N	loss of interest	Y N
redness	Y N	calf pain with walking	Y N	<b>Hematologic / Lymphatic</b>	none	memory problems	Y N
burning	Y N	shortness of breath	Y N	easy bruising / bleeding	Y N	mood swings	Y N
itching	Y N	<b>Ears, Nose, Throat</b>	none	enlarged lymph nodes	Y N	paranoia	Y N
pain or irritation	Y N	nasal congestion	Y N	<b>Musculoskeletal</b>	none	<b>Respiratory</b>	none
discharge	Y N	dry mouth / throat	Y N	low back pain	Y N	shortness of breath	Y N
blindness	Y N	sore throat	Y N	joint pain / swelling	Y N	chronic cough	Y N
		hearing loss	Y N	muscle pain	Y N		

**Personal Eye History**

Glaucoma	Y N
Cataracts	Y N
Macular Degeneration	Y N
Retinal Disease	Y N
Blindness R / L	Y N
Eye drift R / L	Y N
Amblyopia R / L	Y N
Eye Injury	Y N
Other:	Y N
_____	Y N
Cataract surgery R / L	Y N
Glaucoma surgery	Y N
Eye Drift surgery	Y N
Other eye surgery:	Y N
_____	Y N
<b>Social History:</b>	
Alcohol use	Y N
Recreational drug use	Y N
<b>Tobacco Status:</b>	
Current smoker	Y N
Smokeless tobacco	Y N
Former smoker	Y N

**Personal Health History: Circle all that apply to you**

Allergies – environmental	Y N	Colon cancer	Y N	Arthritis	Y N
HIV	Y N	Crohn's disease	Y N	Bone cancer	Y N
Immune disorder	Y N	Colitis	Y N	Fibromyalgia	Y N
Rheumatoid arthritis	Y N	Gall bladder disease	Y N	Muscular dystrophy	Y N
Lupus	Y N	Stomach cancer	Y N	_____	Y N
_____	Y N	Liver disease	Y N	Bell's palsy	Y N
Arrythmia	Y N	_____	Y N	Epilepsy	Y N
Congestive Heart Failure	Y N	Breast cancer	Y N	Migraines	Y N
Heart disease	Y N	Kidney problems	Y N	Multiple Sclerosis	Y N
Heart surgery	Y N	Ovarian cancer	Y N	Paralysis	Y N
Heart valve disorder	Y N	Prostate cancer	Y N	Parkinson's disease	Y N
High Cholesterol	Y N	Uterine cancer	Y N	Seizures	Y N
Hypertension	Y N	_____	Y N	Stroke	Y N
Pacemaker	Y N	Anemia	Y N	_____	Y N
Stroke	Y N	Blood disorders	Y N	Anxiety	Y N
_____	Y N	Hemophilia	Y N	Depression	Y N
Diabetes: Type 1 or 2	Y N	Leukemia	Y N	Confusion	Y N
Gestational diabetes	Y N	Lymphoma	Y N	Dementia	Y N
Prediabetes	Y N	_____	Y N	Paranoia	Y N
Hypoglycemia	Y N	Basal Cell Carcinoma	Y N	_____	Y N
Adrenal gland disorder	Y N	Rosacea	Y N	Asthma	Y N
Hyperthyroidism	Y N	Dermatitis	Y N	COPD	Y N
Hypothyroidism	Y N	Eczema	Y N	Sleep apnea	Y N
		Melanoma of skin	Y N	Lung cancer	Y N
		Psoriasis	Y N		Y N

**Occupation:** \_\_\_\_\_

Computer Use? \_\_\_\_\_ hours/day

**Current Medications:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergies to Drugs:**

**Surgical History:**

Procedure: \_\_\_\_\_

Procedure: \_\_\_\_\_

**Family History (only Parent, Sibling or Child)**

Glaucoma	Y N	_____
Cataracts	Y N	_____
Macular Degeneration	Y N	_____
Retinal Disease	Y N	_____
Other Disease	Y N	_____
Blindness	Y N	_____
Strabismus (eye drift)	Y N	_____
Amblyopia	Y N	_____
Diabetes	Y N	_____
Heart Disease	Y N	_____
Hypertension	Y N	_____
Stroke	Y N	_____