

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

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

**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

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

Allergies – environmental	Y N	Diabetes: Type 1 or 2	Y N	Leukemia	Y N
Anemia	Y N	Eczema	Y N	Liver disease	Y N
Anxiety	Y N	Epilepsy	Y N	Lupus	Y N
Asthma	Y N	Fibromyalgia	Y N	Migraines	Y N
Arrhythmia	Y N	Gall bladder disease	Y N	Multiple Sclerosis	Y N
Arthritis	Y N	Gestational diabetes	Y N	Muscular dystrophy	Y N
Blood disorders	Y N	Heart disease	Y N	Paralysis	Y N
Cancer:	Y N	Heart surgery	Y N	Parkinson's disease	Y N
_____	Y N	Heart valve disorder	Y N	Prediabetes	Y N
Colitis	Y N	Hemophilia	Y N	Psoriasis	Y N
Congestive Heart Failure	Y N	High Cholesterol	Y N	Rheumatoid arthritis	Y N
COPD	Y N	Hypertension	Y N	Rosacea	Y N
Crohn's disease	Y N	Hyperthyroidism	Y N	Seizures	Y N
Dementia	Y N	Hypothyroidism	Y N	Sleep apnea	Y N
Dermatitis	Y N	HIV	Y N	Stroke	Y N
Depression	Y N	Immune disorder	Y N		
		Kidney problems	Y N		
			Y N		

**Social History:**

Alcohol use	Y N
Recreational drug use	Y N

**Tobacco Status:**

Current smoker	Y N
Smokeless tobacco	Y N
Former smoker	Y N

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

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

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

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

**Current Medications:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergies to Drugs:**

\_\_\_\_\_

**Head or Neck Surgical History:**

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

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