



NAME- _____ DATE OF BIRTH- _____ DATE- _____

REVIEW OF SYSTEMS

CONSTITUTIONAL

RECENT WEIGHT CHANGE Y ___ N ___
 FEVER Y ___ N ___
 FATIGUE Y ___ N ___
 EYES Y ___ N ___
 BLURRED VISION Y ___ N ___
 GLAUCOMA Y ___ N ___

CARDIOVASCULAR

CHEST PAIN Y ___ N ___
 SHORTNESS OF BREATH Y ___ N ___
 SWELLING OF ANKLES Y ___ N ___

RESPIRATORY

CHRONIC COUGH Y ___ N ___
 SPITTING BLOOD Y ___ N ___
 WHEEZING Y ___ N ___

GENITOURINRARY

BURNING WITH URINATION Y ___ N ___
 BLOOD IN URINE Y ___ N ___

MUSCULOSKELETAL

JOINTPAIN/SWELLING Y ___ N ___
 BACK PAIN Y ___ N ___
 MUSCLE PAIN Y ___ N ___

SKIN

RASH Y ___ N ___
 ITCHING Y ___ N ___

NUEROLOGICAL

HEADACHES Y ___ N ___
 SEIZURES Y ___ N ___
 STROKES Y ___ N ___
 NUMBNESS Y ___ N ___

HEMATOLOGICAL

BLEEDING/BRUISING EASILY Y ___ N ___
 ANEMIA Y ___ N ___
 PAST TRANSFUSION Y ___ N ___

COMMENTS:

GASTROINTESTINAL

POOR APPETITE Y ___ N ___
 DIFFICULTY SWALLOWING Y ___ N ___
 HEARTBURN Y ___ N ___
 NAUSEA/VOMITING Y ___ N ___
 BLOATING Y ___ N ___
 BELCHING Y ___ N ___
 REGURGITATION Y ___ N ___
 CONSTIPATION Y ___ N ___
 DIARRHEA Y ___ N ___
 ABDOMINAL PAIN Y ___ N ___
 RECENT CHANGE IN BOWELS Y ___ N ___
 RECTAL BLEEDING Y ___ N ___
 BLACK, TARRY STOOLS Y ___ N ___
 RECENT PETO BISMOL USE Y ___ N ___
 EXCESSIVE HUNGER Y ___ N ___
 CHANGE IN STOOL CALIBER Y ___ N ___
 CHANGE IN STOOL COLOR Y ___ N ___
 STOOL CONSISTENCY CHANGE Y ___ N ___
 LAXATIVE/ANTACID USE Y ___ N ___
 FOOD INTOLERANCE Y ___ N ___
 ABDOMINAL SIZE CHANGE Y ___ N ___
 HEMORRHOIDS Y ___ N ___
 INFECTIONS Y ___ N ___
 JAUNDICE Y ___ N ___
 RECTAL PAIN Y ___ N ___
 HEPATITIS Y ___ N ___
 GALLBLADDER DISEASE Y ___ N ___
 LIVER DISEASE Y ___ N ___

PSYCHIATRIC

MEMORY LOSS/CONFUSION Y ___ N ___
 DEPRESSION Y ___ N ___

ENDOCRINE

HEAT/COLD INTOLERANCE Y ___ N ___
 EXCESSIVE THIRST/URINATION Y ___ N ___

ARE YOU PREGNANT? Y ___ N ___
 RECENT LABWORK Y ___ N ___
 RECENT ABDOMINAL XRAY/IMAGING Y ___ N ___

