

Patient Medical Information & History

What is your chief complaint? _____

Do you have a tendency to faint? **Yes No** Are you H.I.V. positive? **Yes No**
 Do you have a pacemaker? **Yes No** Have you ever had hepatitis? **Yes No**
 Experience abnormal bleeding? **Yes No** Are you pregnant? **Yes No**
 Have you had acupuncture before? **Yes No** If yes, when? _____ For what condition were you treated? _____

Medication Info: Please list all current medication (add another sheet if need)

Start Date	Medication Name	Purpose/Indication	Dose	How Often	Last Dose

Symptom History: (+) *Frequently experience* (>) *Sometimes experience* (No Mark) *Never experience*

<p>Cardiovascular</p> <p>___ Heart Palpitations</p> <p>___ Shortness of Breath</p> <p>___ High Blood Pressure</p> <p>___ Chest Pain/Pressure</p> <p>___ Irregular Heartbeat</p> <p>___ Dizziness</p> <p>___ Leg Cramp</p> <p>___ Cold Hands/Feet</p> <p>Respiratory</p> <p>___ Dry Cough</p> <p>___ Cough with sputum</p> <p>___ Cough with blood</p> <p>___ Sore Throats</p> <p>___ Nasal Problems</p> <p>___ Poor sense of smell</p> <p>___ Nose Bleeds</p> <p>___ Asthma/Wheezing</p> <p>___ Pneumonia</p> <p>___ Hay Fever</p> <p>___ Bronchitis</p> <p>___ Allergies</p> <p>___ Itchy Skin</p> <p>Gastrointestinal</p> <p>___ Indigestion</p> <p>___ Bloating</p> <p>___ Gas/Belching</p> <p>___ Abdominal Cramps</p> <p>___ Gall Stones</p>	<p>___ Constipations</p> <p>___ Diarrhea</p> <p>___ Blood in bowels</p> <p>___ Black/Tarry bowels</p> <p>___ Excessive Appetite</p> <p>___ Colitis/Diverticulitis</p> <p>___ Heartburn</p> <p>___ Acid Reflux</p> <p>___ Fatigue</p> <p>___ Edema/Swelling</p> <p>___ Bad Breath</p> <p>___ Muscle Fatigue</p> <p>Genitourinary</p> <p>___ Frequent Urination</p> <p>___ Painful Urination</p> <p>___ Bloody Discharge</p> <p>___ Venereal Disease</p> <p>___ Pain in Genital Area</p> <p>___ ↑sex drive</p> <p>___ ↓sex drive</p> <p>___ Kidney Stone</p> <p>___ Kidney Failure</p> <p>___ Neuritis</p> <p>Musculoskeletal/Nervous</p> <p>___ Back Pain</p> <p>___ Neck Pain</p> <p>___ Arthritis</p> <p>___ Muscle Pain/Cramps</p> <p>___ Painful Joints</p>	<p>___ Disc Problem</p> <p>___ Epilepsy</p> <p>___ Scoliosis</p> <p>___ Headache/Migraine</p> <p>___ Muscle Twitching</p> <p>___ Joint Tightness/Stiffness</p> <p>___ Soft/Brittle Nails</p> <p>___ Achy Bones</p> <p>Skin</p> <p>___ Ulceration</p> <p>___ Rash</p> <p>___ Edema</p> <p>___ Eczema</p> <p>___ Psoriasis</p> <p>___ Herpes</p> <p>___ Acne</p> <p>Males Only</p> <p>___ Prostate Problems</p> <p>___ Pain in Testicles</p> <p>___ Low Sperm Count</p> <p>Females Only</p> <p>___ Pre Menstrual Pain</p> <p>___ Menstrual Pain</p> <p>___ Irregular Menstrual Cycles</p> <p>___ Swelling/Pain in Breast</p> <p>___ Lower Back/Sacrum pain</p> <p>___ Heavy Bleeding</p> <p>___ Excessive Vaginal Discharge</p>	<p>Miscellaneous</p> <p>___ Vision Problems</p> <p>___ Sensitivity to weather change</p> <p>___ Blood Clotting</p> <p>___ Itchy Eyes</p> <p>___ Poor Memory</p> <p>___ Ringing in Ears</p> <p>___ Memory Loss</p> <p>___ Hearing Loss</p> <p>___ Night Sweats</p> <p>___ Hair Loss</p> <p>___ Depression</p> <p>___ Insomnia</p> <p>___ Red Eyes</p> <p>___ Diabetes</p> <p>___ Cancer</p> <p>___ Chills</p> <p>___ Fever</p> <p>OTHER:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Initials: _____</p> <p>Date: _____</p>
--	--	--	--