



Personal Information

Name _____ Date of Birth ____/____/____ Email _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

*Cell Phone () _____ Home Phone () _____

SS# _____ Employer _____ Occupation _____

Do you live here full time or seasonal? _____

Any impending vacation or travel plans? Yes No

How did you hear about Mother Goose Chiropractic? _____

Primary Physician Information

Primary Doctor _____ Office Name _____

Phone _____

Tell us about why you are here today

What is your **major** complaint? _____

When did it start? _____ How did it start? gradually _____ suddenly _____

Explain: _____

Have you ever had this same or a similar condition in the past? Yes No

What aggravates your condition? (movement, lifting, sitting, etc.) _____

Does anything bring you relief? (rest, ice, etc.) _____

How does it feel? (circle any) dull ache sharp tingling numb deep _____

Does it radiate to any other part of your body? Yes No If yes, where? _____

With "0" representing no pain and "10" representing severe pain, rate your pain today _____



When is the pain at its worse? (upon waking, with movement, etc.) _____

Might any past injuries have contributed to this current condition? (accidents, falls, sports, etc.)

Have you seen any other doctors for this condition? Yes No Who? _____

Briefly describe your occupational duties: _____

Have you ever fractured a bone? Yes No Which & when? _____

List any past surgeries: _____

Please list any relevant Family Health History (parents, siblings): _____

Please list any medications you are presently taking (include over the counter): _____

Do you live here full time? Seasonal? Any impending vacation or travel plans? _____

Please list any additional symptoms or complaints you would like the doctor to know about:

-
-
-
-
-



Health History

<p>General</p> <p>___ Chills</p> <p>___ Depression</p> <p>___ Dizziness</p> <p>___ Fainting</p> <p>___ Fever</p> <p>___ Forgetfulness</p> <p>___ Headache</p> <p>___ Loss of sleep</p> <p>___ Nervousness</p> <p>___ Sweats</p> <p>Eyes</p> <p>___ Crossed eyes</p> <p>___ Double Vision</p> <p>___ Vision flashes</p> <p>___ Vision halos</p> <p>___ Vision blurred</p> <p>Ears/Nose/Throat</p> <p>___ Ear ache</p> <p>___ Ear discharge</p> <p>___ Ringing in ears</p> <p>___ Loss of hearing</p> <p>___ Hay fever</p> <p>___ Sinus problem</p> <p>___ Nose bleeds</p> <p>___ Bleeding gums</p> <p>___ Hoarseness</p> <p>___ Difficulty swallowing</p> <p>___ Persistent cough</p> <p>Respiratory</p> <p>___ Shortness of breath</p> <p>___ Cough</p> <p>___ Distress</p> <p>___ Sputum</p> <p>Genito-Urinary</p> <p>___ Blood in urine</p> <p>___ Frequent urination</p> <p>___ Lack of bladder control</p> <p>___ Painful urination</p> <p>___ Venereal disease</p> <p>Endocrine</p> <p>___ Weight gain</p> <p>___ Weight loss</p> <p>___ Hoarseness</p> <p>___ Heat Intolerance</p> <p>___ Cold Intolerance</p> <p>___ Breast Changes</p> <p>___ Hair Changes</p> <p>___ Extreme Thirst</p>	<p>Gastrointestinal</p> <p>___ Appetite loss</p> <p>___ Bloating</p> <p>___ Bowel changes</p> <p>___ Constipation</p> <p>___ Diarrhea</p> <p>___ Excessive hunger</p> <p>___ Excessive thirst</p> <p>___ Gas</p> <p>___ Hemorrhoids</p> <p>___ Indigestion</p> <p>___ Nausea</p> <p>___ Rectal Bleeding</p> <p>___ Stomach pain</p> <p>___ Vomiting - no blood</p> <p>___ Vomiting - blood</p> <p>Cardiovascular</p> <p>___ Chest pain</p> <p>___ High blood pressure</p> <p>___ Low blood pressure</p> <p>___ Irregular heart beat</p> <p>___ Poor circulation</p> <p>___ Rapid heart beat</p> <p>___ Swelling of ankles</p> <p>___ Varicose veins</p> <p>Women only</p> <p>___ Abnormal pap smear</p> <p>___ Bleeding between periods</p> <p>___ Breast lumps</p> <p>___ Extreme menstrual pain</p> <p>___ Hot flashes</p> <p>___ Nipple discharge</p> <p>___ Painful intercourse</p> <p>___ Vaginal discharge</p> <p>___ Other:</p> <p>Date of last menstrual period: _____</p> <p>Date of last pap smear: _____</p> <p>Have you had a mammogram? _____</p> <p>Are you pregnant? _____</p> <p>Number of children? _____</p> <p>Men only</p> <p>___ Erectile dysfunction</p> <p>___ Lump in testicles</p> <p>___ Penis discharge</p> <p>___ Sore on penis</p> <p>___ Other :</p>	<p>Integumentary</p> <p>___ Bruise easily</p> <p>___ Hives</p> <p>___ Change in moles</p> <p>___ Sores that do not heal</p> <p>___ Itching</p> <p>___ Unusual swelling</p> <p>___ Sores/Ulcers</p> <p>___ Rash</p> <p>___ Scars</p> <p>Neurological</p> <p>___ Seizures</p> <p>___ Vertigo</p> <p>___ Dizziness</p> <p>___ Hand Tremors</p> <p>___ Loss of sensation</p> <p>___ Loss of facial expression</p> <p>___ Weak grip</p> <p>___ Paralysis</p> <p>___ Difficulty of speech</p> <p>___ Tingling</p> <p>___ Loss of memory</p> <p>___ Numbness</p> <p>___ Un-Coordination</p> <p>Muscle/Joint/Bone</p> <p>___ Back pain</p> <p>___ Neck pain</p> <p>___ Arm pain</p> <p>___ Leg pain</p> <p>___ Hip pain</p> <p>___ Foot pain</p> <p>___ Shoulder pain</p> <p>___ Hand pain</p> <p>Psychiatric</p> <p>___ Hyperventilation</p> <p>___ Insecurity</p> <p>___ Depression</p> <p>___ Trouble sleeping</p> <p>___ Irritable</p> <p>___ Anxiousness</p> <p>___ Undecidedness</p> <p>___ Timid</p> <p>___ Hallucinations</p> <p>___ Loss of memory</p> <p>___ Alcoholism</p> <p>___ Drug addiction</p> <p>___ Extreme worry</p> <p>___ Sexual problems</p> <p>___ Suicidal thoughts</p> <p>___ Other:</p>	<p>Conditions</p> <p>___ AIDS</p> <p>___ Alcoholism</p> <p>___ Anemia</p> <p>___ Anorexia</p> <p>___ Appendicitis</p> <p>___ Asthma</p> <p>___ Bleeding Disorders</p> <p>___ Breast Lumps</p> <p>___ Bronchitis</p> <p>___ Breath Shortness</p> <p>___ Bulimia</p> <p>___ Cancer</p> <p>___ Cataracts</p> <p>___ Chemical dependency</p> <p>___ Chicken pox</p> <p>___ Diabetes</p> <p>___ Emphysema</p> <p>___ Epilepsy</p> <p>___ Glaucoma</p> <p>___ Goiter</p> <p>___ Gonorrhea</p> <p>___ Gout</p> <p>___ Heart disease</p> <p>___ Hepatitis</p> <p>___ Hernia</p> <p>___ Herpes</p> <p>___ High cholesterol</p> <p>___ HIV positive</p> <p>___ Kidney disease</p> <p>___ Liver disease</p> <p>___ Measles</p> <p>___ Migraine headaches</p> <p>___ Mononucleosis</p> <p>___ Multiple Sclerosis</p> <p>___ Mumps</p> <p>___ Pneumonia</p> <p>___ Polio</p> <p>___ Prostate problem</p> <p>___ Rheumatic fever</p> <p>___ Scarlet fever</p> <p>___ Stroke</p> <p>___ Suicide attempt</p> <p>___ Thyroid problems</p> <p>___ Ulcers</p> <p>___ Other:</p>
--	--	--	---

Medications:

Allergies: