



## SYMPTOMS RECORD

Rate the following symptoms over the past seven days on a scale of 0 – 4 based on severity.

0 = none; 1 = some; 2 = mild; 3 = moderate; 4 = Severe (Based on the work of Dr Amy Myer)

<p><b>Head</b></p> <p>_____ Headaches</p> <p>_____ Migraines</p> <p>_____ Faintness</p> <p>_____ Trouble sleeping</p> <p>Total _____</p> <p><b>Mind</b></p> <p>_____ Foggy brain</p> <p>_____ Poor memory</p> <p>_____ Impaired coordination</p> <p>_____ Difficulty deciding</p> <p>_____ Slurred/stuttered speech</p> <p>_____ Learning/attention deficient</p> <p>Total _____</p> <p><b>Eyes</b></p> <p>_____ Swollen, red eyelids</p> <p>_____ Dark circles under or around</p> <p>_____ Puffy eyes</p> <p>_____ Poor vision</p> <p>_____ Watery, itchy eyes</p> <p>Total _____</p> <p><b>Nose</b></p> <p>_____ Nasal congestion</p> <p>_____ Excessive mucus</p> <p>_____ Stuffy/runny nose</p> <p>_____ Sinus problems</p> <p>_____ Frequent sneezing</p> <p>Total _____</p> <p><b>Emotions</b></p> <p>_____ Anxiety</p> <p>_____ Depression</p> <p>_____ Mood swings</p> <p>_____ Nervousness</p> <p>_____ Irritability</p>	<p><b>Ears</b></p> <p>_____ Itchy ears</p> <p>_____ Earaches, infections</p> <p>_____ Drainage from ears</p> <p>_____ Ringing in ears, hearing loss</p> <p>Total _____</p> <p><b>Mouth, Throat</b></p> <p>_____ Chronic cough</p> <p>_____ Frequent throat clearing</p> <p>_____ Sore throat</p> <p>_____ Swollen lips</p> <p>_____ Canker sores/mouth ulcers</p> <p>Total _____</p> <p><b>Skin</b></p> <p>_____ Acne</p> <p>_____ Hives, eczema, dry skin</p> <p>_____ Hair loss</p> <p>_____ Hot flushes</p> <p>_____ Excessive sweating</p> <p>Total _____</p> <p><b>Weight</b></p> <p>_____ Inability to lose weight</p> <p>_____ Food cravings</p> <p>_____ Excess weight</p> <p>_____ Insufficient weight</p> <p>_____ Compulsive eating</p> <p>_____ Water retention, swelling</p> <p><b>Other</b></p> <p>_____ Frequent illness, infection</p> <p>_____ Frequent urgent urination</p> <p>_____ Genital itch, discharge</p> <p>_____ Anal itch</p> <p>Total _____</p>	<p><b>Energy, Activity</b></p> <p>_____ Fatigue</p> <p>_____ Lethargy</p> <p>_____ Hyperactivity</p> <p>_____ Restlessness</p> <p>Total _____</p> <p><b>Joint, muscles</b></p> <p>_____ Joint pain/aches</p> <p>_____ Arthritis</p> <p>_____ Muscle stiffness</p> <p>_____ Muscle pain/aches</p> <p>_____ Weakness tiredness</p> <p>Total _____</p> <p><b>Digestion</b></p> <p>_____ Nausea, vomiting</p> <p>_____ Diarrhoea</p> <p>_____ constipation</p> <p>_____ bloating</p> <p>_____ belching, passing gas</p> <p>_____ heart burn, indigestion</p> <p>_____ intestinal pain or cramps</p> <p>_____ stomach pain or cramps</p> <p>Total _____</p> <p><b>Heart</b></p> <p>_____ Irregular heart beat</p> <p>_____ Rapid heart beat</p> <p>_____ Chest pain</p> <p>Total _____</p>
<p><b>Preliminary total.</b> _____</p>		

