A.R.E. Health Center and Spa — Confidential Health History

Name_____

SYMPTOMS

GENERAL

	Present	Past	Severe	Mild	None
Allergy	O	O	O	O	O
Chills	O	O	O	O	O
Convulsions	O	O	O	O	O
Dizziness	O	O	O	O	O
Fainting	O	O	O	O	O
Fatigue	O	O	O	O	O
Fever	O	O	O	O	O
Headache	O	O	O	O	O
Loss of sleep	O	O	O	O	O
Loss of weight	O	O	O	O	O
Nervousness	O	O	O	O	O
Neuralgia	O	O	O	O	O
Numbness	O	O	O	O	O
Sweats	O	O	O	O	O
Wheezing	O	O	O	O	O
Weakness in arms, legs	O	O	O	O	O

MUSCLE & JOINT

Backache	O	O	O	O	O
Faulty posture	O	O	O	O	O
Foot Trouble	O	O	O	O	O
Hernia	O	O	O	O	O
Pain between shoulders	O	O	O	O	O
Painful tailbone	O	O	O	O	O
Spinal curvature	O	O	O	O	O
Stiff neck	O	O	O	O	O
Tremors	O	O	O	O	O
Swollen joints	O	O	O	O	O

CARDIO-VASCULAR

Hardening of arteries	O	O	O	O	O
High blood pressure	O	O	O	O	O
Low blood pressure	O	O	O	O	O
Pain over heart	O	O	O	O	O
Paralytic stroke	O	O	O	O	O
Poor circulation	O	O	O	O	O
Previous stroke	O	O	O	O	O
Rapid beating heart	O	O	O	O	O
Slow beating heart	O	O	O	O	O
Swelling of ankles	O	O	O	O	O

SYMPTOMS

GASTRO-INTESTINAL

	Present	Past	Severe	Mild	None
Colitis	O	O	O	O	O
Colon trouble	O	O	O	O	O
Constipation	O	O	O	O	O
Diarrhea	O	O	O	O	O
Difficult digestion	O	O	O	O	O
Distention of abdomen	O	O	O	O	O
Excessive hunger	O	O	O	O	O
Gall bladder trouble	O	O	O	O	O
Hemorrhoids	O	O	O	O	O
Jaundice	O	O	O	O	O
Liver trouble	O	O	O	O	O
Nausea	O	O	O	O	O
Pain over stomach	O	O	O	O	O
Poor appetite	O	O	O	O	O
Vomiting	O	O	O	O	O
Vomiting of blood	O	O	O	O	O

E.E.N.T.

Asthma	O	O	O	O	O
Crossed eyes	O	O	O	O	O
Deafness	O	O	O	O	O
Dental decay	O	O	O	O	O
Earache	O	O	O	O	O
Ear discharge	O	O	O	O	O
Ear noises	O	O	O	O	O
Enlarged glands	O	O	O	O	O
Enlarged thyroid	O	O	O	O	O
Eye pain	O	O	O	O	O
Failing vision	O	O	O	O	O
Frequent colds	O	O	O	O	O
Hay fever	O	O	O	O	O
Hoarseness	O	O	O	O	O
Gum trouble	O	O	O	O	O
Nasal congestion	O	O	O	O	O
Nose bleeds	O	O	O	O	O
Near sightedness	O	O	O	O	O
Sinus infection	O	O	O	O	O
Sore throat	O	O	O	O	O
Tonsilitis	O	O	O	O	O

Date: _____

SYMPTOMS

RESPIRATORY

	Present	Past	Severe	Mild	None
Chest pain	O	O	O	O	O
Chronic cough	O	O	O	O	O
Difficult breathing	O	O	O	O	O
Spitting up blood	O	O	O	O	O
Spitting up phlegm	O	O	O	O	O

SKIN

Boils	O	O	O	O	O
Bruises	O	O	O	O	O
Dryness	O	O	O	O	O
Hives or allergy	O	O	O	O	O
Itching	O	O	O	O	O
Sensitive skin	O	O	O	O	O
Skin eruptions	O	O	O	O	O
Varicose veins	O	O	O	O	O

GENITO-URINARY

Bed-wetting	O	O	O	O	O
Blood in urine	O	O	O	O	O
Frequent urination	O	O	O	O	O
Inability to control urine	O	O	O	O	O
Kidney infection	O	O	O	O	O
Kidney stones	O	O	O	O	O
Painful urination	O	O	O	O	O
Prostate trouble	O	O	O	O	O

FOR WOMEN ONLY

Premenstrual tension	O	O	O	O	O
Congested breast	O	O	O	O	O
Menstrual cramps	O	O	O	O	O
Menstrual backache	O	O	O	O	O
Excessive flow	O	O	O	O	O
Hot flashes	O	O	O	O	O
Irregular cycle	O	O	O	O	O
Lumps in breasts	O	O	O	O	O
Menopausal symptoms	O	O	O	O	O
Painful menstruation	O	O	O	O	O
Vaginal discharge	O	O	O	O	O
Are you pregnant?	Yes	O		No	O

Signature: _____