

4. Review of Systems (ROS)

Cardiovascular-Circulatory-Hematological		
Heart Disease	___ Y ___ N ___ P	
Heart Murmurs	___ Y ___ N ___ P	
Chest Pain	___ Y ___ N ___ P	
Palpitations	___ Y ___ N ___ P	
Rheumatic Fever	___ Y ___ N ___ P	
High/Low Blood Pressure	___ Y ___ N ___ P	
Stroke	___ Y ___ N ___ P	
Swelling of Ankles	___ Y ___ N ___ P	
Varicose Veins	___ Y ___ N ___ P	
Thrombophlebitis	___ Y ___ N ___ P	
Easy Bleeding	___ Y ___ N ___ P	
Easy Bruising	___ Y ___ N ___ P	
Anemia	___ Y ___ N ___ P	
Other	_____	

Respiratory		
Pleurisy	___ Y ___ N ___ P	
Asthma	___ Y ___ N ___ P	
Emphysema	___ Y ___ N ___ P	
Tuberculosis	___ Y ___ N ___ P	
Persistent	___ Y ___ N ___ P	
Cough	___ Y ___ N ___ P	
Difficulty Breathing	___ Y ___ N ___ P	
Frequent Colds	___ Y ___ N ___ P	
Shortness of Breath	___ Y ___ N ___ P	
Sleep Apnea	___ Y ___ N ___ P	
Tuberculosis	___ Y ___ N ___ P	
Other	_____	

Musculoskeletal		
Pain	___ Y ___ N ___ P	
Muscle Spasms	___ Y ___ N ___ P	
Arthritis	___ Y ___ N ___ P	
Arm Pain	___ Y ___ N ___ P	
Upper Back Pain	___ Y ___ N ___ P	
Mid-back Pain	___ Y ___ N ___ P	
Lower Back Pain	___ Y ___ N ___ P	
Leg Pain	___ Y ___ N ___ P	
Joint Pain	___ Y ___ N ___ P	
Other	_____	

Neurological		
Dizziness	___ Y ___ N ___ P	
Loss of Balance	___ Y ___ N ___ P	
Paralysis	___ Y ___ N ___ P	
Muscle Weakness	___ Y ___ N ___ P	
Atrophy	___ Y ___ N ___ P	
Numbness	___ Y ___ N ___ P	
Tingling	___ Y ___ N ___ P	
Seizures	___ Y ___ N ___ P	
Epilepsy	___ Y ___ N ___ P	
Memory Loss	___ Y ___ N ___ P	
Insomnia	___ Y ___ N ___ P	
Somnolence	___ Y ___ N ___ P	
Other	_____	

Head		
Headaches	___ Y ___ N ___ P	
Migraines	___ Y ___ N ___ P	
Teeth Grinding	___ Y ___ N ___ P	
TMJ/Jaw Problems	___ Y ___ N ___ P	
Head Injury	___ Y ___ N ___ P	
Other	_____	

Neck		
Lumps	___ Y ___ N ___ P	
Goiter	___ Y ___ N ___ P	
Swollen Glands	___ Y ___ N ___ P	
Neck Pain	___ Y ___ N ___ P	
Whiplash	___ Y ___ N ___ P	
Other	_____	

Female Reproductive

Age of first menses? _____

Age of menopause? _____

Length of cycle? _____

Duration of menses? _____

Irregular Cycles ___ Y ___ N ___ P

PMS? ___ Y ___ N ___ P

Heavy Flow ___ Y ___ N ___ P

Spotting ___ Y ___ N ___ P

Clotting ___ Y ___ N ___ P

Menopausal Symptoms ___ Y ___ N ___ P

Vaginal Discharge ___ Y ___ N ___ P

Date of last exam/PAP? _____

Endometriosis ___ Y ___ N ___ P

Ovarian Cysts ___ Y ___ N ___ P

Breast Lumps ___ Y ___ N ___ P

Breast Tenderness ___ Y ___ N ___ P

Nipple Discharge ___ Y ___ N ___ P

Sexual Orientation? _____

Sexually active? ___ Y ___ N ___ P

Irregular Libido? ___ High ___ Low

Pain with intercourse ___ Y ___ N ___ P

Vaginal Dryness ___ Y ___ N ___ P

Cervical Dysplasia ___ Y ___ N ___ P

Genital Warts ___ Y ___ N ___ P

Chlamydia ___ Y ___ N ___ P

Gonorrhea ___ Y ___ N ___ P

Herpes ___ Y ___ N ___ P

Syphilis ___ Y ___ N ___ P

Birth Control ___ Y ___ N ___ P

What type? _____

Number of pregnancies? _____

Number of live births? _____

Number of miscarriages? _____

Number of abortions? _____

Difficulty Conceiving ___ Y ___ N ___ P

Other _____

Male Reproductive

Hernia ___ Y ___ N ___ P

Sexual Orientation _____

Sexually Active ___ Y ___ N ___ P

Sexual Difficulties ___ Y ___ N ___ P

Irregular Libido? ___ High ___ Low

Impotence ___ Y ___ N ___ P

Premature Ejaculation ___ Y ___ N ___ P

Penile Discharge ___ Y ___ N ___ P

Genital Warts ___ Y ___ N ___ P

Chlamydia ___ Y ___ N ___ P

Gonorrhea ___ Y ___ N ___ P

Syphilis ___ Y ___ N ___ P

Herpes ___ Y ___ N ___ P

Prostrate Problems ___ Y ___ N ___ P

Testicular Pain ___ Y ___ N ___ P

Testicular Swelling ___ Y ___ N ___ P

Other _____

Mental, Emotional

Mood Swings ___ Y ___ N ___ P

Depression ___ Y ___ N ___ P

Nervousness ___ Y ___ N ___ P

Bi-polar ___ Y ___ N ___ P

Psychosis ___ Y ___ N ___ P

Neurosis ___ Y ___ N ___ P

ADHD ___ Y ___ N ___ P

Hallucinations ___ Y ___ N ___ P

Suicidal Tendencies ___ Y ___ N ___ P

Mental Tension ___ Y ___ N ___ P

Seasonal Depression ___ Y ___ N ___ P

Other _____

Eyes

Impaired Vision ___ Y ___ N ___ P
Night Blindness ___ Y ___ N ___ P
Double Vision ___ Y ___ N ___ P
Blurriness ___ Y ___ N ___ P
Spots in Eyes ___ Y ___ N ___ P
Eye Pain/Strain ___ Y ___ N ___ P
Glaucoma ___ Y ___ N ___ P
Cataracts ___ Y ___ N ___ P
Glasses/Contacts ___ Y ___ N ___ P
Tearing Eyes ___ Y ___ N ___ P
Dry Eyes ___ Y ___ N ___ P
Other _____

Immune

Chronic Fatigue ___ Y ___ N ___ P
Low-grade Fever ___ Y ___ N ___ P
Chronic Infections ___ Y ___ N ___ P
Slow Wound Healing ___ Y ___ N ___ P
Other _____

Immunizations

Tetanus ___ Y ___ N
Diphtheria ___ Y ___ N
Polio ___ Y ___ N
Measles/ Mumps/ Rubella ___ Y ___ N
Other _____