

**Social History** *This information is kept strictly confidential. However, you may discuss this portion directly with the doctor if you prefer.*

· **Yes, I would prefer to discuss my Social History information directly with my doctor. (Check box)**

Do you drive? · no · yes      If yes, do you have visual difficulty when driving? · no · yes      If yes, please describe: \_\_\_\_\_

Do you use tobacco products? · no · yes      If yes, type / amount / how long? \_\_\_\_\_

Do you drink alcohol? · no · yes      If yes, type / amount / how long? \_\_\_\_\_

Do you use illegal drugs? · no · yes      If yes, type / amount / how long? \_\_\_\_\_

Have you ever been exposed to or infected with: · Gonorrhea · Hepatitis · HIV · Syphilis

**Review of Systems** Do you currently, or have you ever had any problems in the following areas:

<b>SYSTEM</b>	<b>NO</b>	<b>YES</b>	<b>?</b>		<b>NO</b>	<b>YES</b>	<b>?</b>
<b>CONSTITUTIONAL</b>	·	·	·	<b>EARS, NOSE, MOUTH, THROAT</b>	·	·	·
Fever, Weight Loss/Gain	·	·	·	Allergies / Hay Fever	·	·	·
<b>INTEGUMENTARY (Skin)</b>	·	·	·	Sinus Congestion	·	·	·
<b>NEUROLOGICAL</b>				Runny Nose	·	·	·
Headaches	·	·	·	Post-Nasal Drip	·	·	·
Migraines	·	·	·	Chronic Cough	·	·	·
Seizures	·	·	·	Dry Throat/Mouth	·	·	·
<b>EYES</b>				<b>RESPIRATORY</b>			
Loss of Vision	·	·	·	Asthma	·	·	·
Blurred Vision	·	·	·	Chronic Bronchitis	·	·	·
Distorted Vision/Halos	·	·	·	Emphysema	·	·	·
Loss of Side Vision	·	·	·	<b>VASCULAR / CARDIOVASCULAR</b>			
Double Vision	·	·	·	Diabetes	·	·	·
Dryness	·	·	·	Heart Pain	·	·	·
Mucous Discharge	·	·	·	High Blood Pressure	·	·	·
Redness	·	·	·	Vascular Disease	·	·	·
Sandy or Gritty Feeling	·	·	·	<b>GASTROINTESTINAL</b>			
Itching	·	·	·	Diarrhea	·	·	·
Burning	·	·	·	Constipation	·	·	·
Foreign Body Sensation	·	·	·	<b>GENITOURINARY</b>			
Excess Tearing/Watering	·	·	·	Genitals / Kidney / Bladder	·	·	·
Glare / Light Sensitivity	·	·	·	<b>BONES / JOINES / MUSCLES</b>			
Eye Pain or Soreness	·	·	·	Rheumatoid Arthritis	·	·	·
Chronic Infection of Eye or Lid	·	·	·	Muscle Pain	·	·	·
Sties or Chalazion	·	·	·	Joint Pain	·	·	·
Flashes/Floaters in Vision	·	·	·	<b>LYMPHATIC / HEMOTOLOGIC</b>			
Tired Eyes	·	·	·	Anemia	·	·	·
<b>ENDOCRINE</b>				Bleeding Problems	·	·	·
Thyroid / Other Glands	·	·	·	<b>ALLERGIC / IMMUNOLOGIC</b>	·	·	·
				<b>PSYCHIATRIC</b>	·	·	·

If you answered **YES** to any of the above or have a condition not listed, please explain & list medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Patient Signature/Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Doctor Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**