

## Medicinska symtom

Namn \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Betygsätt vart och ett av följande symtom baserat på hur du har mått *de senaste 30 dagarna* utifrån följande poängskala:

0 = Har aldrig eller nästan aldrig haft symtomen

1 = Tillfälliga, lindriga symtom

2 = Tillfälliga, svåra symtom

3 = Regelbundna, lindriga symtom

4 = Regelbundna, svåra symtom

**HUVUD** \_\_\_\_\_ Huvudvärk  
\_\_\_\_\_ Matthet  
\_\_\_\_\_ Yrsel  
\_\_\_\_\_ Sömnproblem Summa \_\_\_\_\_

**ÖGON** \_\_\_\_\_ Rinnande ögon, klåda  
\_\_\_\_\_ Svullna, röda eller kladdiga ögonlock  
\_\_\_\_\_ Påsar eller mörka ringar under ögonen  
\_\_\_\_\_ Suddig syn eller tunnelseende  
(gäller inte närsynta eller översynta) Summa \_\_\_\_\_

**ÖRON** \_\_\_\_\_ Klåda  
\_\_\_\_\_ Värk, infektioner  
\_\_\_\_\_ Rinnande öron  
\_\_\_\_\_ Ringningar i öronen, dålig hörsel Summa \_\_\_\_\_

**NÄSA** \_\_\_\_\_ Nästäppa  
\_\_\_\_\_ Bihålebesvär  
\_\_\_\_\_ Hösnuva  
\_\_\_\_\_ Nysanfall  
\_\_\_\_\_ Överdriven slembildning Summa \_\_\_\_\_

**MUN/HALS** \_\_\_\_\_ Kronisk hosta  
\_\_\_\_\_ Kvälningar, behöver harkla mig ofta  
\_\_\_\_\_ Halsont, heshet, tappar rösten  
\_\_\_\_\_ Svullen tunga, tandkött, läppar  
\_\_\_\_\_ Munsår Summa \_\_\_\_\_

**HUD** \_\_\_\_\_ Akne  
\_\_\_\_\_ Utslag, eksem, torr hud  
\_\_\_\_\_ Håravfall  
\_\_\_\_\_ Rodnader, vallningar  
\_\_\_\_\_ Överdriven svettning Summa \_\_\_\_\_

**HJÄRTA** \_\_\_\_\_ Oregelbundna eller överhoppade hjärtslag  
\_\_\_\_\_ Snabba eller dunkande hjärtslag  
\_\_\_\_\_ Bröstmärtor Summa \_\_\_\_\_

<b>LUNGOR</b>	_____	Slembildning i luftvägar	
	_____	Astma, bronkit	
	_____	Andnöd	
	_____	Andningssvårigheter	Summa _____
<b>MAGE/ TARM</b>	_____	Illamående, kräkningar	
	_____	Diarré	
	_____	Förstoppning	
	_____	Uppsvällighet	
	_____	Rapningar, gaser	
	_____	Halsbränna	
	_____	Magont	Summa _____
<b>LEDER/ MUSKLER</b>	_____	Ledvärk	
	_____	Ledinflammation/artrit	
	_____	Stelhet eller begränsad rörelseförmåga	
	_____	Muskelvärk	
	_____	Känsla av svaghet eller trötthet	Summa _____
<b>VIKT</b>	_____	Hetsätning/hetsdrickande	
	_____	Begär efter särskilda livsmedel	
	_____	Överviktig	
	_____	Vätskeansamling	
	_____	Underviktig	Summa _____
<b>ENERGI</b>	_____	Trött, långsam, trögstartad	
	_____	Apatisk, letargisk	
	_____	Hyperaktiv	
	_____	Rastlös	Summa _____
<b>HJÄRNA</b>	_____	Dåligt minne	
	_____	Förvirring, svårt att hänga med	
	_____	Dålig koncentration	
	_____	Dålig fysisk koordination	
	_____	Svårt att fatta beslut	
	_____	Stammar	
	_____	Sluddrigt tal	
	_____	Inlärningsvårigheter	Summa _____
<b>HUMÖR</b>	_____	Humörsvängningar	
	_____	Ångest, oro, nervositet	
	_____	Ilska, retlighet, aggressivitet	
	_____	Depression, nedstämdhet	Summa _____
<b>ÖVRIGT</b>	_____	Ofta sjuk	
	_____	Urinträngningar	
	_____	Underlivskläda, flytningar	Summa _____

**TOTALSUMMA** \_\_\_\_\_