

Gradera symptomten efter hur du har mått de senaste 30 dagarna. **Stryk under det alternativ som stämmer in om flera anges.**

1 = Tillfälliga lindriga symtom 2 = Tillfälliga svåra symtom 3 = Regelbundna lindriga symtom 4 = Regelbundna svåra symtom

Räkna sedan samman ruta för ruta och sedan totalsumman.

Huvud Summa: _____ <input type="checkbox"/> Huvudvärk - Migrän <input type="checkbox"/> Matthet, trött i huvudet <input type="checkbox"/> Yrsel <input type="checkbox"/> Sömnrubbingar	Ögon (T-Lv) Summa: _____ <input type="checkbox"/> Vattninga - Torra - Kliande <input type="checkbox"/> Svullna - Klinbiga ögonlock <input type="checkbox"/> Påsar - Mörka ringar under ögonen <input type="checkbox"/> Suddig syn eller tunnelseende
Öron (V-Nj) Summa: _____ <input type="checkbox"/> Kliande öron <input type="checkbox"/> Öroninfektioner <input type="checkbox"/> Rinnande öron <input type="checkbox"/> Dålig hörsel - Tinnitus	Näsa (M-Lu) Summa: _____ <input type="checkbox"/> Nästäppa – Torr näsa <input type="checkbox"/> Slembildning→ Tjockt gult slem – Vitt lätt slem <input type="checkbox"/> Hösnuva, nys attacker <input type="checkbox"/> Bihåleproblem
Mun/hals (J-Mg) Summa: _____ <input type="checkbox"/> Kronisk hosta <input type="checkbox"/> Harklar dig ofta <input type="checkbox"/> Ont i halsen - Heshet <input type="checkbox"/> Svullen eller missfärgad tunga, tandkött eller läppar	Hjärta (E) Summa: _____ <input type="checkbox"/> Oregelbundna eller missade hjärtslag <input type="checkbox"/> Snabba eller dunkande hjärtslag <input type="checkbox"/> Bröstmärta <input type="checkbox"/> Högt - Lågt blodtryck
Hud (M-Lu) Summa: _____ <input type="checkbox"/> Akne - Fet hud <input type="checkbox"/> Utslag – Eksem - Torr hud - Klåda <input type="checkbox"/> Rodnader – Vallningar, Dag - Nat <input type="checkbox"/> Överdriven svettning, Dag - Nat	Lungor (M) Summa: _____ <input type="checkbox"/> Slem bildning eller blodstockning <input type="checkbox"/> Astma, bronkit, lunginflammation <input type="checkbox"/> Blir lätt andfådd, snarkar <input type="checkbox"/> Andnöd, andningsvårigheter Dag eller Nat
Energi Summa: _____ <input type="checkbox"/> Trötthet, passivitet (vill inget) <input type="checkbox"/> Apati (orkar inget) <input type="checkbox"/> Hyperaktivitet <input type="checkbox"/> Rastlöshet	Känslor Summa: _____ <input type="checkbox"/> Illska - Irritation - Depression (T) <input type="checkbox"/> Rädslor - Ängslan (V) <input type="checkbox"/> Sorg - Melankoli (M) <input type="checkbox"/> Oro - Ältande (J) <input type="checkbox"/> Glädje – Skratt (E)
Leder/muskler Summa: _____ <input type="checkbox"/> Molande märta eller värk i muskler/leder <input type="checkbox"/> Artrit (diagnos av läkare) <input type="checkbox"/> Kronisk smärta eller värk i muskler/leder <input type="checkbox"/> Känsla av svaghet eller trötthet <input type="checkbox"/> Stelhet eller annan begränsning i rörlighet <input type="checkbox"/> Sendrag eller kramper	Hjärna Summa: _____ <input type="checkbox"/> Dåligt minne <input type="checkbox"/> Förvirring, dålig uppfattningsförmåga <input type="checkbox"/> Dålig koncentrationsförmåga <input type="checkbox"/> Dålig fysisk koordination <input type="checkbox"/> Svårt att ta beslut <input type="checkbox"/> Inlärningsvårigheter, läsvårigheter <input type="checkbox"/> Stamning, otydligt tal
Vikt Summa: _____ <input type="checkbox"/> Överdrivet ätande eller drickande <input type="checkbox"/> Begär särskild mat – Söt – Salt - Surt – Bittert - Stark <input type="checkbox"/> Övervikt <input type="checkbox"/> Undervikt <input type="checkbox"/> Vätskevarhållning - Ödem <input type="checkbox"/> Tvångsätande <input type="checkbox"/> Bantar regelbundet	Matsmältning (J) Summa: _____ <input type="checkbox"/> Illamående - Kräkningar <input type="checkbox"/> Diarré, förstoppning <input type="checkbox"/> Analklåda - Hemorrojder <input type="checkbox"/> Känsla av uppsvullenhet <input type="checkbox"/> Rapningar - Gaser <input type="checkbox"/> Halsbränna – Mag/tarmsmärta
Har du alla organ kvar Ja Nej Känner du av gallsten eller njursten Ja Nej Är du känslig för el eller magnetfält Ja Nej Äter du Varan, Warfarin Ja Nej Äter du Statiner mot blodfetter Ja Nej Äter du antidepressiva medel Ja Nej Tuggar du tuggummi ofta Ja Nej	Övrigt Summa: _____ <input type="checkbox"/> Är ofta sjuk <input type="checkbox"/> Behöver urinera ofta <input type="checkbox"/> Lite urin – Mycket urin <input type="checkbox"/> Ödem <input type="checkbox"/> Underlivsklåda - Flytning <input type="checkbox"/> Hormonell obalans <input type="checkbox"/> Låg sexuallust
	Summa totalt: _____

Datum: _____