

Gradera symtomen efter hur du har mått de senaste 14 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: _____ _____ Huvudvärk - Migrän _____ Matthet, trött i huvudet _____ Yrsel _____ Sömnrubbingar	Ögon (T-Lv) Summa: _____ _____ Vattninga - Torra - Kliande _____ Svullna - Klinbiga ögonlock _____ Påsar - Mörka ringar under ögonen _____ Suddig syn eller tunnelseende
Öron (V-Nj) Summa: _____ _____ Kliande öron _____ Öroninfektioner _____ Rinnande öron _____ Dålig hörsel - Tinnitus	Näsa (M-Lu) Summa: _____ _____ Nästäppa – Torr näsa _____ Slembildning→ Tjockt gult slem – Vitt lätt slem _____ Hösnuva, nys attacker _____ Bihåleproblem
Mun/hals (J-Mg) Summa: _____ _____ Kronisk hosta _____ Harklar dig ofta _____ Ont i halsen - Heshet _____ Svullen eller missfärgad tunga, tandkött eller läppar	Hjärta (E) Summa: _____ _____ Oregelbundna eller missade hjärtslag _____ Snabba eller dunkande hjärtslag _____ Bröstmärta _____ Högt - Lågt blodtryck
Hud (M-Lu) Summa: _____ _____ Akne - Fet hud _____ Utslag – Eksem - Torr hud - Klåda _____ Rodnader – Vallningar, Dag - Nattnatt _____ Överdriven svettning, Dag - Nattnatt	Lungor (M) Summa: _____ _____ Slembildning eller blodstockning _____ Astma, bronkit, lunginflammation _____ Blir lätt andfådd, snarkar _____ Andnöd, andningsvårigheter Dag eller Nattnatt
Energi Summa: _____ _____ Trötthet, passivitet (vill inget) _____ Apati (orkar inget) _____ Hyperaktivitet _____ Rastlöshet	Känslor Summa: _____ _____ Illska - Irritation - Depression (T) _____ Rädslor - Ängslan (V) _____ Sorg - Melankoli (M) _____ Oro - Ältande (J) _____ Glädje – Skratt (E)
Leder/muskler Summa: _____ _____ Molande märta eller värk i muskler/leder _____ Artrit (diagnos av läkare) _____ Kronisk smärta eller värk i muskler/leder _____ Känsla av svaghet eller trötthet _____ Stelhet eller annan begränsning i rörlighet _____ Sendrag eller kramper	Hjärna Summa: _____ _____ Dåligt minne _____ Förvirring, dålig uppfattningsförmåga _____ Dålig koncentrationsförmåga _____ Dålig fysisk koordination _____ Svårt att ta beslut _____ Inlärningsvårigheter, lässvårigheter _____ Stamning, otydligt tal
Vikt Summa: _____ _____ Överdrivet ätande eller drickande _____ Begär särskild mat – Söt – Salt - Surt – Bittert - Stark _____ Övervikt _____ Undervikt _____ Vätskevarhållning - Ödem _____ Tvångsätande _____ Bantar regelbundet	Matsmältning (J) Summa: _____ _____ Illamående - Kräkningar _____ Diarré _____ Förstopning _____ Känsla av uppsvullenhet _____ Rapningar - Gaser _____ 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: _____ _____ Är ofta sjuk _____ Behöver urinera ofta _____ Lite urin – Mycket urin _____ Ödem _____ Underlivsklåda - Flytning _____ Analklåda - Hemorrojder _____ Låg sexuallust Summa totalt: _____

Datum: _____

Signera att det är du som har fyllt i ovan: _____