

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Rate the severity of your pain by circling one number on the following scales.*

0 = No Pain                      10 = Unbearable Pain

Neck                      0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Back (upper)        0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Back (lower)        0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Headache            0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Shoulder             0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Elbow/Wrist        0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Knee/Ankle/Feet    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*If other, please explain:* \_\_\_\_\_

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10