Bryn Mawr Medical Specialists Association

Gastroenterology 825 Old Lancaster Rd, Suite 340 Bryn Mawr, PA 19010 (610)-525-9570 Patient Questionnaire

Please Print

Patient Name	Patient DOB	Appointment Date	Referring Doctor

Height: ___________ **Weight:** _________ Gender: ☐ F ☐ M

Would you like to be signed up for the patient portal today? ☐ Yes Email Address________________

Allergies	Reaction
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

Current Medications: Please list name, dosage and directions.	**RX and Over the Counter**
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often

Do you take Aspirin? ☐ Yes ☐ No

Do you take NSAIDs (Ibuprofen, Motrin, Advil, Aleve, Naproxen, Naposyn, Toradol, Relafen, Celebrex) ? ☐ Yes ☐ No

Have you taken Antibiotics in the past 6 months? ☐ Yes ☐ No

Past / Present Medical Conditions

Please excuse us while we transition into Electronic Medical Records. Please fill out the information below to the best of your knowledge. Thank you.

Past Medical History

- ☐ Y ☐ N Cardiac Disease (specify) ______________________
- ☐ Y ☐ N Colon Polyps
- ☐ Y ☐ N Colon Cancer
- ☐ Y ☐ N Constipation
- ☐ Y ☐ N Crohn's Disease
- ☐ Y ☐ N Diabetes
- ☐ Y ☐ N Diverticulosis / Diverticulitis
- ☐ Y ☐ N Esophageal Reflux
- ☐ Y ☐ N Gallbladder Disease
- ☐ Y ☐ N Hepatitis
- ☐ Y ☐ N Hiatal Hernia
- ☐ Y ☐ N Irritable Bowel Syndrome
- ☐ Y ☐ N Kidney Disease
- ☐ Y ☐ N Liver Disease - Prior
- ☐ Y ☐ N Lung Disease
- ☐ Y ☐ N Ulcerative Colitis
- ☐ Y ☐ N Upper GI Bleed
- ☐ Y ☐ N Diarrhea

Other: ______________________

____

____

Past Surgical History

____

____

____

____

____

____

Procedure History

- ☐ Y ☐ N Esophagogastroduodenoscopy
- ☐ Y ☐ N Capsule Endoscopy
- ☐ Y ☐ N Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography ERCP
- ☐ Y ☐ N Imaging Studies
- ☐ Y ☐ N Upper Endoscopy
- ☐ Y ☐ N Colonoscopy
- ☐ Y ☐ N Sigmoidoscopy

Other: ______________________

____

____

____

Social History

Marital Status ______________________

Occupation: ______________________

- ☐ Y ☐ N Drug Use
- ☐ Y ☐ N Exercise _______ X Per Week
- ☐ Y ☐ N Physical Disability:
- ☐ Y ☐ N Need Assistance with Daily Living?

Smoking ☐ Current everday Smoker ☐ Never Smoked ☐ Former Smoker When did you quit _____

☐ Y ☐ N Alcohol Use drinks / day ___________ OR per week __________

☐ Y ☐ N Caffeine Use drinks / day ___________ OR per week _________

Are you currently experiencing any of the following symptoms?

- ☐ Y ☐ N Abdominal Pain
- ☐ Y ☐ N Nausea
- ☐ Y ☐ N Vomiting
- ☐ Y ☐ N Heartburn
- ☐ Y ☐ N Feeling full fast
- ☐ Y ☐ N Difficulty swallowing
- ☐ Y ☐ N Change in bowel habits
- ☐ Y ☐ N Diarrhea
- ☐ Y ☐ N Constipation
- ☐ Y ☐ N Blood in stool
- ☐ Y ☐ N Anemia
- ☐ Y ☐ N Black / tarry stool
- ☐ Y ☐ N Appetite loss (anorexia)
- ☐ Y ☐ N Weight change
- ☐ Y ☐ N Chills
- ☐ Y ☐ N Fever
- ☐ Y ☐ N Night Sweats

Family History

☐ No Significant Family History ☐ Adopted- Family History Unknown

	Mother	Father	Sister(s)	Brother(s)	Daughter	Son	Other
Malig Large Neoplasm	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Anemia	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Celiac Sprue	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Crohn's Disease	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Ulcerative Colitis	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Pancreatic Insuffiency	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Hirschsprung's Disease	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Chronic Constipation	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Cancer__________	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Colon Cancer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Gastric Cancer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Esophageal Cancer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Pancreatic Cancer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Irritable Bowel Syndrome	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Colon Polyps	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Hepatitis	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Peptic Ulcer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Gallbladder Disease	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Gastrointestinal Disorders	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Depression	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Diabetes Mellitus	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Allergies	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Anxiety Disorder	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Tuberculosis	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Stroke Syndrome	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Bleeding Problems	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Hypertension	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Early Deaths	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Heart Disease	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y