Bryn Mawr Medical Specialists Association
Gastroenterology 825 Old Lancaster Road, Suite 340 Bryn Mawr, PA 19010 (610) 525-9570
Patient Questionnaire

Please Print			
Patient Name	Patient DOB	Appointment Date	Referring Doctor
Height: _____ Weight: _____ Gender_____		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, Naprosyn, Toradol, Relafen, Celebrex)? ☐Yes ☐ No

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

Past/Present Medical Conditions

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 everyday smoker
☐ Never Smoked
☐ Former Smoker When did you quit? _____

Alcohol Use

☐ 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 Insufficiency	☐ 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