BROOKHAVEN GASTROENTEROLOGY MEDICATION LOG

Patient Name: ___________________________ DOB: _______________

PATIENT MEDICATION LIST

MEDICATION NAME Vitamins, Herbals, Supplements, Over the Counter Medication (Write Clearly)	DOSE	ROUTE/FREQ.	**FOR BGA PERSONNEL USE ONLY** **Changes From Last Visit?** **Date/Initials**
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N
			☐ Y ☐ N

All above medications and allergies reviewed:

MD SIGNATURE

Date: ____________________