GULLANE MEDICAL PRACTICE
Welcome to our Practice

**Date** . . . . . . . . . . . . . . .

**Personal Details

Name:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Date of Birth:** . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Address:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Post Code:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Telephone No:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Mobile:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Marital Status:** Single / Married / Widowed / Separated / Divorced

**Do you have children?** Yes / No **If yes, ages of the children:** . . . . . . . . . . . . . . .

**Occupation:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 **Next of Kin

Name:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Date of Birth:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Relationship to you:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Address:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Contact Telephone No:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Are you a carer?** Yes / No
**If ‘yes’ who do you care for?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 **Current Medication:**

**Name of Drug Strength Dosage**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Where would you like to collect your prescriptions?**Gullane Pharmacy Longniddry Pharmacy North Berwick Pharmacy
Boots - North Berwick Omnicare/ Care home
Collect from Gullane Surgery

**Do you have any drug allergies?**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Previous Medical History**

**Have you had any of the following, if so when?**

**Diabetes** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
**High Blood Pressure** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
**Heart Attack or Angina** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
**Stroke** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
**Cancer** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
**Asthma** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
**Operations** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
**Other Major Illnesses** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Women’s Health**

**Have you ever had a cervical smear?** Yes / No
**If ‘yes’ when was this done?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 **Smoking**

**Do you smoke?** Yes / No **If ‘yes’ how many per day?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**If you stopped, when did you stop?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 **Alcohol**

**How much do you drink in an average week (units)?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 **Height:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Weight:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Please list the details of all persons resident with you at your address:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name** | **Date of Birth** | **Relationship to you** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Text Messaging Service**

**Do you give the practice consent to contact you by text?** Yes / No

**Date: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Signature: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

As a new patient of Gullane Medical Practice we would like to offer you a New Patient Check Up appointment. If this is something you would like to book please speak to our Reception staff and they will happily organise this for you.

**Thank you for taking the time to complete this form.**