English	Amharic / እንግሊዝኛ
New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK	በቅርቡ ወደ UK ለደረሱት አዳዲስ ስደተኞች አዲስ የታካሚ መጠይቅ
Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP. This questionnaire is to collect information about your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service. Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice. Return your answers to your GP practice.	እያንዳንዱ ሰው በ GP ላይ የመመዝገብ መብት አለው አድራሻን፣ የስደተኝነት ሁኔታን፣ መታወቂያን ወይም በGP ላይ የተመዘገቡበትን የ NHS ቁጥር ማረጋገጫ ማቅረብ አያስፈልግዎትም። ይህ መጠይቅ የሚደረገው የጤና ባለሙያዎች በእርስዎ GP ተግባር አማካይነት ምን ዓይነት እርዳታ፣ ህክምና ሊያስፈልግዎ እንደሚል ለመረዳት እና ሚስጥራዊነቱን በጠበቀ መልኩ እና የብሔራዊ የጤና አገልግሎት የመረጃ ማጋራት መምሪያዎችን መሰረት ባደረገ መልኩ ምን ዓይነት የስፔሻሊስት አገልግሎቶች እንደሚያስፈልጎዎት ለመረዳት እንዲችሉ ስለጤናዎ መረጃን ለመሰብሰብ ነው። የእርስዎ GP እርስዎ በቀጥታ ለእርስዎ ከሚሰጠው እንክብካቤ ዓላማዎች ውጪ ማንኛውንም የእርስዎን መረጃዎች አያሳይም፤ ይህ ሊሆን የሚችለው ግን፡ እርስዎን (ለምሳሌ፡- የህክምና ምርመራን ለመርዳት)ተስማምተው ካልሆነ፤ ወይም እነርሱ በሕግ አስገዳጅነት እንዲያደርጉ ተደርገው ካልሆነ (ለምሳሌ፡- ከከፋ ጉዳት ሌሎችን ሰዎች ለመከላከል)፤ ወይም የሕዝብ ፍላጎትን ጨፍልቆ ከሆነ (ለምሳሌ፡- እርስዎን ተላላፊ በሆነ በሽታ እየተሰቃዩ ከሆነ) በስተቀር አይገልጽም። የእርስዎ GP የእርስዎን መረጃ እንዴት እንደሚጠቀም የበለጠ መረጃ ለማግኘት በእርስዎ የ GP ተግባር ላይ ያገኙታል። የእርስዎን መልሶችን በእርስዎ የ GP ተግባር ላይ ይመልሱት።
Section one: Personal details	ክፍል አንድ፡ የግል ዝርዝር መረጃ
Full name:	ሙሉ ስም፡-
Address:	አድራሻ፡-

Telephone number:	የስልክ ቁጥር፡-
Email address:	የኢሜይል አድራሻ፡-
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	**እባክዎን ሁሉንም ጥያቄዎችን ያማሉ እና ለእርስዎ ተገቢ ነው ብለው የሚያስቡትን መልሶችን ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉበት።**
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 መጠይቅ የሚያልቅበት ቀን፡-
1.2 Which of the following best describes you? ☐Male ☐Female ☐Other ☐Prefer not to say	1.2 ከሚከተሉት ውስጥ እርስዎን ጥሩ አድርጎ የሚገልጽዎት የቱ ነው? ☐ወንድ ☐ሴት ☐ሌላ ☐መግለጽ አልፈልግም
1.3 Is this the same gender you were given at birth? ☐No ☐Yes ☐Prefer not to say	1.3 ይህ በተወለዱ ጊዜ ከነብርዎት ጸታ ጋር ተመሳሳይ ነው? ☐አይ ☐አዎን ☐መግለጽ አልፈልግም
1.4Date of birth: Date_____ Month _____ Year _____	1.4 የትውልድ ቀን፡- ቀን_____ወር_____ ዓመት _____
1.5 Religion: ☐Buddhist ☐Christian ☐Hindu ☐Jewish ☐Muslim ☐Sikh ☐Other religion ☐No religion	1.5 ሃይማኖት፡- ☐የቡድሃ ሃይማኖት ተከታይ ☐ክርስቲያን ☐ህንዱ ☐ይሁድነት ☐ሙስልም ☐ሲካህ ☐ሌላ ሃይማኖት ☐ሃይማኖት የለሽ
1.6 Marital status:	1.6 የጋብቻ ሁኔታ፡-

☐Married/civil partner ☐Divorced ☐Widowed ☐None of the above	☐ያገባ/የትዳር አጋር ያለው ☐የተፋታ ☐ባል የሞተበት ☐ከዚህ በላይ ያለው ውስጥ የለም
1.7 Sexual Orientation: ☐Heterosexual (attracted to the opposite sex) ☐Homosexual (attracted to the same sex) ☐Bisexual (attracted to males and females) ☐Prefer not to say ☐Other	1.7 የግብረስጋ ግንኙነት ዝንባሌው፡- ☐የተቃራኒ ጾታ ጋብቻ (ወደ ተቃራኒ ጾታ መሳብ) ☐የወንድ ለወንድ እና የሴት ለሴት ጋብቻ (ወደ ተመሳሳይ ጾታ መሳብ) ☐የሁለቱም ጾታ ጋብቻ (በወንዶች እና በሴቶች መሳብ) ☐መግለጽ አልፈልግም ☐ሌላ
1.8 Main spoken language: ☐Albanian ☐Russian ☐Arabic ☐Tigrinya ☐Dari ☐Ukrainian ☐English ☐Urdu ☐Persian ☐Vietnamese ☐Other	1.8 በዋናነት የሚነገር ቋንቋ፡- ☐አልባኒያኛ ☐ራሽኛ ☐ዓረብኛ ☐ትግሪኛ ☐ዳሪ ☐ዩክሬኔንኛ ☐እንግሊዝኛ ☐ኡርዱ ☐ፓሪሽያኛ ☐ቬትናም ☐ሌላ
1.9 Second spoken language: ☐Albanian ☐ Russian ☐Arabic ☐Tigrinya ☐Dari ☐Ukrainian ☐English ☐Urdu ☐Persian ☐Vietnamese ☐Other ☐None	1.9 በሁለተኛ ደረጃ የሚናገሩት ቋንቋ፡- ☐አልባኒያኛ ☐ ራሽኛ ☐ዓረብኛ ☐ትግሪኛ ☐ዳሪ ☐ዩክሬኔንኛ ☐እንግሊዝኛ ☐ኡርዱ ☐ፓሪሽያኛ ☐ቬትናም ☐ሌላ ☐የለም
1.10 Do you need an interpreter? ☐No ☐Yes	1.10 አስተርጓሚ ይፈልጋሉ? ☐አይ ☐አዎን
1.11 Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference. ☐Male ☐Female ☐I don't mind	1.11 ወንድ ወይስ ሴት አስተርጓሚ እንዲሆንልዎት ይፈልጋሉ? እባክዎን አስተርጓሚ አለ ማለት ሁል ጊዜ የእርስዎን ምርጫ ማቅረብ ይችላላ ማለት አለመሆኑን ይረዱልን። ☐ወንድ ☐ሴት

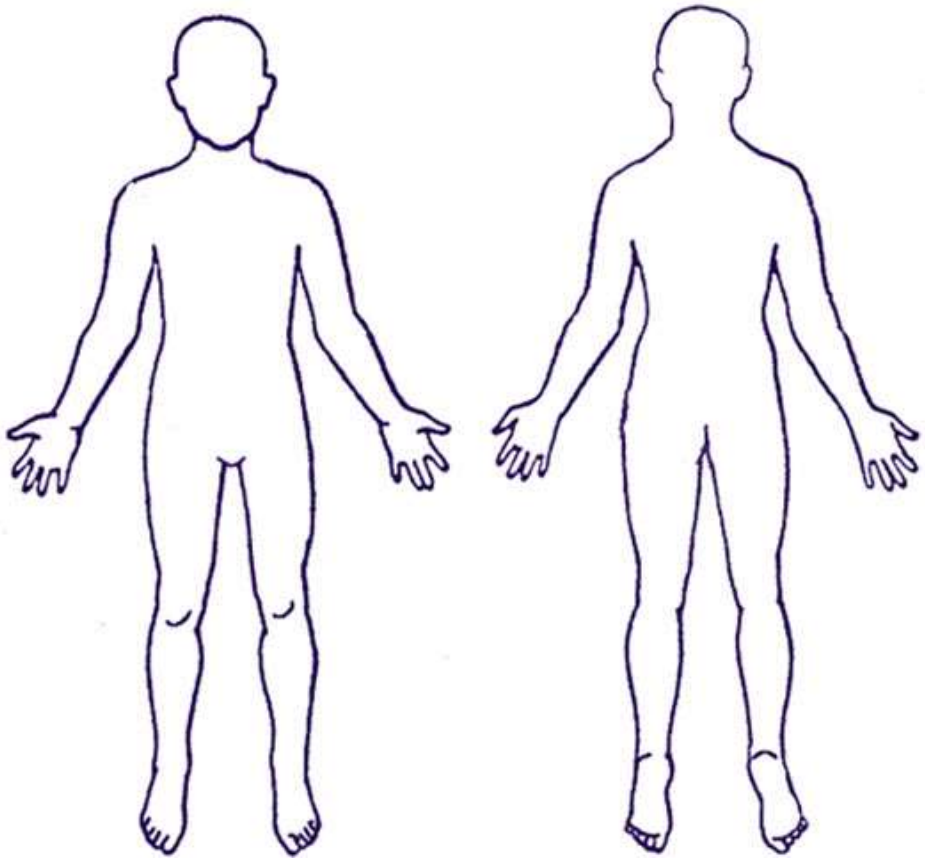
	☐ከሁለቱ አንዱ ሊሆኑ ይችላሉ
1.12 Are you able to read in your own language? ☐No ☐Yes ☐I have difficulty reading	1.12 በራስዎት ቋንቋ ማንበብ ይችላሉ? ☐አይ ☐አዎን ☐ለማንበብ እቸገራለሁ
1.13 Are you able to write in your own language? ☐No ☐Yes ☐I have difficulty writing	1.13በራስዎት ቋንቋ መጻፍ ይችላሉ? ☐አይ ☐አዎን ☐ለመጻፍ እቸገራለሁ
1.14 Do you need sign language support? ☐No ☐Yes	1.14 የምልክት ቋንቋ ድጋፍን ይፈልጋሉ? ☐አይ ☐አዎን
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:	1.15 እባክዎን የቅርብ ዘመድዎን እና/ወይም በድንገተኛ ጊዜ ሊናገኝው የምንችለውን አንድ ሰው አድራሻ ዝርዝር ይስጡን፡-

Name: Contact telephone number: Address:	<u>Next of kin</u>
Name: Contact telephone number: Address:	Emergency contact (if different)

ስም፡- የስልክ ቁጥር መገኛ፡- አድራሻ፡-	<u>የቅርብ ዘመድ</u>
ስም፡- የስልክ ቁጥር መገኛ፡- አድራሻ፡-	የአደጋ ጊዜ የማናገኝው አድራሻ (የተለየ ከሆነ)

Section two: Health questions	ክፍል ሁለት፡- የጤና ጥያቄዎች
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? ☐ No ☐ Yes	2.1 በአሁኑ ጊዜ ደህንነት አይሰዋዎትም ወይም ታመዋል? ☐ አይ ☐ አዎን
2.2 Do you need an urgent help for your health problem? ☐ No ☐ Yes	2.2 ለጤናዎ ችግር አስቸኳይ የሆነ ድጋፍ ያስፈልግዎታል? ☐ አይ ☐ አዎን
2.3 Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply* ☐ Weight loss ☐ Cough ☐ Coughing up blood ☐ Night sweats ☐ Extreme tiredness ☐ Breathing problems ☐ Fevers ☐ Diarrhoea ☐ Skin complaints or rashes ☐ Blood in your urine ☐ Blood in your stool ☐ Headache ☐ Pain ☐ Low mood ☐ Anxiety ☐ Distressing flashbacks or nightmares ☐ Difficulty sleeping ☐ Feeling like you can't control your thoughts or actions ☐ Feeling that you want to harm yourself or give up on life ☐ Other	2.3 በአሁኑ ጊዜ ከሚከተሉት የህመም ምልክቶች ውስጥ ማንኛውም ዓይነት ይታይብዎታል? *እባክዎን ተገቢነት ያላቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ* ☐ የክብደት መቀነስ ☐ ሳል ☐ ደም የተቀላቀለ አክታ ☐ ሌሊት ማላብ ☐ ከፍተኛ የሆነ የድካም ስሜት ☐ የመተንፈስ ችግሮች ☐ ትኩሳት ☐ ተቅማጥ ☐ የቆዳ መቆጣት ወይም ሽፍታዎች ☐ ደም የተቀላቀለ ሽንት ☐ ደም የተቀላቀለ ሰገራ ☐ የራስ ምታት ☐ ህመም ☐ የስሜት መቀዛቀዝ ☐ የጭንቀት ስሜት ☐ ከጫና የሚመጣ ምላሽ ወይም የሌሊት የህልምቅዠት ☐ መተኛት አለመቻል

	☐ሀሳብዎን ወይም ድርጊቶችዎን ለመቆጣጠር ያለመቻል ስሜት መሰማት ☐ራስዎን መጉዳት የመፈለግ ወይም በሕይወት ላይ ተስፋ የመቁረጥ ስሜት መሰማት ☐ሌላ
2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)	2.4 እባክዎን በአሁኑ ጊዜ የጤና ችግሮች እየገጠምዎት ያለበትን ቦታ (ዎች) ላይ በሰውነት ምስል ላይ ምልክት ያድርጉ።



2.5 Do you have any known health problems that are ongoing? ☐No ☐Yes	2.5 ረዘም ላለ ጊዜ የቆየ የታወቁ የጤና ችግሮች አለብዎት? ☐አይ ☐አዎን
2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply ☐Arthritis	2.6 ከሚከተሉት ውስጥ የትኛውንም ምልክት አልዎት ወይም ኖርብዎት ያውቃል እባክዎን ተገቢነት ያላቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ

☐Asthma ☐Blood disorder ☐Sickle cell anaemia ☐Thalassaemia ☐Cancer ☐Dental problems ☐Diabetes ☐Epilepsy ☐Eye problems ☐Heart problems ☐Hepatitis B ☐Hepatitis C ☐HIV or AIDS ☐High blood pressure ☐Kidney problems ☐Liver problems ☐Long-term lung problem/breathing difficulties ☐Mental health problems ☐Low mood/depression ☐Anxiety ☐Post-traumatic stress disorder (PTSD) ☐Previously self-harmed ☐Attempted suicide ☐Other ☐Osteoporosis ☐Skin disease ☐Stroke ☐Thyroid disease ☐Tuberculosis (TB) ☐Other	☐መገጣጠሚያ ህመም ☐አስም ☐የደም መዛባት ☐የደም ማነስ ☐የቀይ የደም ሴል ማነስ ችግር ☐ካንሰር ☐የጥርስ ችግሮች ☐የስኳር ህመም ☐የሚጥል በሽታ ☐የዓይን ችግሮች ☐የልብ ችግሮች ☐የሄፕታይተስ ቢ ☐ሄፕታይተስ ሲ ☐የኤችአይቭ ወይም ኤድስ ☐ከፍተኛ የደም ግፊት ☐የኩላሊት ችግሮች ☐የጉበት ችግሮች ☐ረዘም ላለ ጊዜ የቆየ የሳንባ ችግር/የአተነፋፈስ ችግሮች ☐የአእምሮ ጤና ችግሮች ☐የስሜት መቀዛቀዝ/ጭንቀት ☐የጭንቀት ስሜት ☐ድኅረ- የሰቀቀን ጭንቀት መዛባት (PTSD) ☐ቀደም ብሎ ያለ ራስን መጉዳት ☐ራስን ለማጥፋት የተደረገ ሙከራ ☐ሌላ ☐ኦስቲዮፖሮሲስ (የአጥንት በሽታ) ☐የቆዳ በሽታ ☐በደም ግፊት ራስን መሳት ☐የታይሮይድ በሽታ ☐የሳንባ ነቀርሳ (ቲቢ) ☐ሌላ
2.7 Have you ever had any operations / surgery? ☐No ☐Yes	2.7 ከዚህ ቀደም ማንኛውም የቀዶ ጥገና ህክምና /ሰርጀሪ አድርገው ያውቃሉ? ☐አይ ☐አዎን
2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this? ☐ In the last 12 months ☐ 1 – 3 years ago	2.8 የቀዶ ጥገና ህክምና/ሰርጀሪ አድርገው የሚያውቁ ከሆነ፣ ካደረጉ ምን ያህል ጊዜ ሆኖታል? ☐ ባለፉት 12 ወራት ውስጥ ☐ ከ1--3 ዓመት

☐ Over 3 years ago	☐ ከ 3 ዓመት በላይ
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? ☐No ☐Yes	2.9 ከጦርነት፣ ከግጭት ወይም ከግርፋት የተነሳ ማንኛውም አካላዊ ጉዳት አለብዎት? ☐አይ ☐አዎን
2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? ☐No ☐Yes	2.10 ማንኛም የአእምሮ የጤና ችግሮች አለብዎት? ይህ ከጦርነት፣ ከግጭት፣ ታስሮ ከመሰቃየት ወይም አገርዎን ለቀው እንዲሰደዱ ከማስገደድ የተነሳ ሊሆን ይችላሉ? ☐አይ ☐አዎን
2.11 Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply ☐Cancer ☐Diabetes ☐Depression/Mental health illness ☐Heart attack ☐High blood pressure ☐Stroke ☐Other	2.11 አንዳን የጤና ችግሮች በቤተሰቦች መካከል ይገኛል። የእርስዎን የቅርብ የቤተሰብ አባላት (አባት፣ እናት፣ወንድሞች እና እህቶች፣ እንዲሁም አያቶችዎ) ከሚከተሉት መካከል የትኛው በሽታ ኖርዎት ወይም ተሰቃይተውበት ያውቃሉ? እባክዎን ተገቢነት ያላቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ ☐ካንሰር ☐የስኳር ህመም ☐ጭንቀት/የአእምሮ ጤና መታወክ ህመም ☐የልብ ህመም ☐ከፍተኛ የደም ግፊት ☐በደም ግፊት ራስን መሳት ☐ሌላ
2.12 Are you on any prescribed medicines? ☐No ☐Yes *–please list your prescribed medicines and doses in the box below* ***Please bring any prescriptions or medications to your appointment*** *Name* | *Dose*	2.12 በሃክም የታዘዘ ማንኛውንም መድኃኒቶችን እየወሰዱ ነው? ☐አይ ☐አዎን - *እባክዎን ይዘርዝሩ የታዘዘልዎትን መድኃኒቶች እና መጠናቸው ከዚህ በታች ባለው ሳጥን ውስጥ ይግለጹ* ***እባክዎን ማንኛውንም የሃኪም ትእዛዝ ወይም መድኃኒቶችን ለቀጠሮዎ ሲመጥይ ይዘው ይምጡ*** *ስም* | *መጠን*

2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks? ☐No ☐Yes	2.13 በቀጣይ ጥቅት ሳምንታት ውስጥ እነዚህን መድኃኒቶች ያልቁብኛ ብለው አሳስብዎት ያውቃል ☐አይ ☐አዎን
2.14 Do you take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas? ☐No ☐Yes –*please list medicines and doses in the box below* ***Please bring any medications to your appointment*** *Name* | *Dose*	2.14 በጤና ባለሙያ ያልታዘዘልዎትን ማንኛውንም የሚወስዱት መድኃኒቶች ለምሳሌ፡- ከመድኃኒት መደብር/ሱቅ/ከኢንተርኔት ቀጥታ መስመር የገዙት ወይም ከውጪ አገር የሚመጣልዎት መድኃኒቶች አሉ? ☐አይ ☐ አዎን - *እባክዎን መድኃኒቶቹን እና መጠናቸውን ከዚህ በታች ባለው ሳጥን ውስጥ ይዘርዝሯቸው* ***እባክዎን ማንኛውንም መድኃኒቶችን ለቀጠሮዎ ሲመጡ ይዘው ይምጡ*** *ስም* | *መጠን*
2.15 Are you allergic to any medicines? ☐No ☐Yes	2.15 ለማንኛውም ዓይነት መድኃኒቶች አለርጂክኖት? ☐አይ ☐አዎን
2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? ☐No ☐Yes	2.16 ለሌላ ለማንኛውም ነገር አለርጂክ አለብዎት? (ለምሳሌ፡- ለምግብ፣ በነፍሳት በመነደፍ፣ ለላስቲክ የእጅ ጓንት)?

	☐አይ ☐አዎን
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? ☐No ☐Yes	2.17 ማንኛውም የአካላዊ የአካል ጉዳተኛነት ወይም የመንቀሳቀስ ችግሮች አለብዎት? ☐አይ ☐አዎን
2.18 Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply* ☐No ☐Blindness ☐Partial sight loss ☐Full hearing loss ☐Partial hearing loss ☐Smell and/or taste problems	2.18 ማንኛውም የስሜት መደንዘዝ አለብዎት? *እባክዎን ተገቢነት ያላቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ* ☐አይ ☐ዕውርነት ☐በከፊልአለማየት ☐ሙሉ በሙሉ መስማት አለመቻል ☐በከፊል መስማት አለመቻል ☐ማሽተት እና/ወይም የመቅመስ ችግሮች
2.19 Do you have any learning difficulties? ☐No ☐Yes	2.19 ማንኛውም የመማር አለመቻል ችግሮች አለብዎት? ☐አይ ☐አዎን
2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? ☐No ☐Yes	2.20 በሚቀጥለው ቀጠሮዎ ላይ ከጤና እንክብካቤ ሰጪ ባለሙያ ጋር ማንኛውም የግል የሆነ የተለየ ነገር ለመወያየት/ለማንሳት የሚፈልጉት ጉዳይ ይኖራል? ☐አይ ☐አዎን
Section three: Lifestyle questions	ክፍል ሦስት፡- የአኗኗር ዘዬ ጥያቄዎች
3.1 How often do you drink alcohol? ☐Never ☐Monthly or less ☐2-4 times per month ☐2-3 times per week ☐4 or more times per week *There is **1 unit** of alcohol in:*	3.1 አልኮል የሚጠጡት በምን ያህል ጊዜ ውስጥ ነው? ☐ፈጽሞ አልጠጣም ☐በየወሩ ወይም ከዚያ በታች ☐በወር ከ 2-4 ጊዜ ☐በሳምንት ከ 2-3 ጊዜ ☐በሳምንት ከ 4 ጊዜ ወይ ከዚያ በላይ ***1 መለኪያ** አልኮል ያለው በ፡-

 *½ pint glass of beer*  *1 small glass of wine*  *1 single measure of spirits*	 *½ መለኪያ ብርጭቆ ቢራ*  *1 ትንሽ ብርጭቆ ወይን*  *1 ነጠላ መለኪያ ስፕራይት*
a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking? ☐0-2 ☐3-4 ☐5-6 ☐7-9 ☐10 or more	a. በሚጠጡበት ጊዜ በተለመደው ቀን ምን ያህል መለኪያዎች አልኮል ይጠጣሉ? ☐0-2 ☐3-4 ☐5-6 ☐7-9 ☐10 ወይም ከዚያ በላይ
b. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year? ☐Never ☐Less than monthly ☐Monthly ☐Weekly ☐Daily or almost daily	b. ባለፈው ዓመት በአንድ ጊዜ ሴት ከሆኑ 6 መለኪያዎች ወይም ከዚያ በላይ፣ ወንድ ከሆኑ 8 ወይም ከዚያ በላይ ምን ያህል ጊዜ ወስደዋል? ☐ፈጽሞ አልጠጣም ☐ከወር በታች ☐በየወሩ ☐በየሳምንቱ ☐በየቀኑ ወይም በየቀኑ ሊባል በሚችልበት ደረጃ
c. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin? ☐Never ☐I have quit taking drugs that might be harmful	c. ለእርስዎን ጤና ጎጂ ሊሆኑ የሚችሉ አደንዛዥ ዕጾችን ለምሳሌ፡-ካናቢስ፣ ኮኬይን፣ ሄሮይን የመሳሰሉትን ይወስዳሉ? ☐ፈጽሞ አልጠጣም

☐Yes	☐ሊጎዱ የሚችሉትን አደንዛዥ ዕጾችን በእርግጠኝነት እየወሰድኩ እገኛለሁ ☐አዎን
d. Do you smoke? ☐Never ☐I have quit smoking ☐Yes ☐Cigarettes How many per day? _____ How many years have you smoked for? _____ ☐Tobacco Would you like help to stop smoking? ☐Yes ☐No	d.ያጨሳሉ? ☐ፈጽሞ አልጠጣም ☐በደንብ አጨሳለሁ ☐አዎን ☐ስጋራዎችን በቀን ስንት? _____ ለምን ያህል አመታት አጭሰዋል? _____ ☐ትንባሆ ማጨስ ለማቆም እገዛ ይፈልጋሉ? ☐አዎን ☐አይ
e. Do you chew tobacco? ☐Never ☐I have quit chewing tobacco ☐Yes	e.ትንባሆ ያኝካሉ? ☐ፈጽሞ አልጠጣም ☐ትንባሆ በደንብ አኝካለሁ ☐አዎን
Section four: Vaccinations	ክፍል አራት፡- ክትባቶች
4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin? ***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.*** ☐No ☐Yes ☐I don't know	4.1 በተወለዱበት አገር ውስጥ ይሰጡ የነበሩትን ሁሉንም ዓይነት የልጅነት ጊዜ ክትባቶችን ወስደዋል? ***መከተብዎን የሚያሳይ የጽሑፍ ማስረጃዎች ካልዎት እባክዎን በቀጠሮዎ ቀን ይዘው ይምጡ።*** ☐አይ ☐አዎን ☐አላውቅም
4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)? ☐No ☐Yes ☐I don't know	4.2 ለሳንባ ነቀርሳ (ቲቢ)ክትባት ወስደዋል? ☐አይ ☐አዎን ☐አላውቅም

4.3 Have you been vaccinated against COVID-19? ☐No ☐Yes ☐1 dose ☐2 doses ☐3 doses ☐More than 3 doses ☐I don't know	4.3 ለኮቪድ-19 ክትባትን ወደዋል? ☐አይ ☐አዎን ☐1 ዙር ☐2 ዙር ☐3 ዙር ☐ከ 3 ዙር በላይ ☐አላውቅም
Section five: Questions for female patients only	ክፍል አምስት፡- ለሴታ ታካሚ ብቻ የሚቀርቡ መጠይቆች
5.1 Are you pregnant? ☐No ☐I might be pregnant ☐Yes How many weeks pregnant are you?_____	5.1 ነፍሰ ጡር ኖት? ☐አይ ☐ነፍሰጡር ሊሆን እችላለሁ ☐አዎን የስንት ሳምንታት ነፍሰጡር ኖት? _____
5.2 Do you use contraception? ☐No ☐Yes What method do you use? ☐Barrier contraception *e.g. condoms, gel* ☐Oral contraceptive pill ☐Copper Coil/Intrauterine device (IUD) ☐Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena* ☐Contraceptive injection ☐Contraceptive implant ☐Other	5.2 የወሊድ መከላከያን ይጠቀማሉ? ☐አይ ☐አዎን ምን ዓይነት መከላከያ ዘዴ ይጠቀማሉ? ☐መከላከያ የወሊድ መከላከያ *ለምሳሌ፡- ኮንዶሞች፣ ጄል* ☐በአፍ የሚዋጥ የወሊድ መከላከያ ☐ኮፐር ኮይል/ኢንትራኡቴሪኔ መሳሪያ (IUD) ☐የሆርሞን ኮይል/ኢንትራኡቴሪኔ ሲስተም (IUS) *ለምሳሌ፡-ማሬና* ☐የወሊድ መከላከያን መወጋት ☐የወሊድ መካላከያን ማስተከል ☐ሌላ
5.3 Do you urgently need any contraception? ☐No ☐Yes	5.3 በአሁኑ ጊዜ በአስቸኳይ የወሊድ መከላከያ ይፈልጋሉ? ☐አይ ☐አዎን

5.4 Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer. ☐No ☐Yes ☐I would like to be given more information	5.4 የማዕጸን ጫፍ የካንሰር ወይም የማዕጸን ምርመራ አድርገው ያውቃሉ? ይህ የማዕጸንዎን ጤንነት ለማረጋገጥ እና የማዕጸን ጫፍ ካንሰርን ለመከላከል የሚረዳ የምርመራ ዓይነት ነው። ☐አይ ☐አዎን ☐የበለጠ መረጃ እንዲሰጠኝ እንድሰጠኝ እፈልጋለሁ
5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)? ☐No ☐Yes	5.5 የማዕጸን ቀዶ ጥገና (የእርስዎን ማዕፈን ወይም የማዕጸን ጫፍን ቆርጦ የማስወገድ ቀዶ ጥገናን) አድርገው ያውቃሉ? ☐አይ ☐አዎን
5.6 As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? ☐No ☐Yes	5.6 እንደ ሴት ታካሚ አንዳንድ ለየት ያሉ የግል የሆኑ ጉዳዮችን በሚቀጥለው ቀጠሮ በሚመጡበት ጊዜ ከጤና እንክብካቤ ሰጪ ባለሙያ ጋር ለመወያየት/ለማንሳት የሚፈልጉት ጉዳይ ይኖራል? ☐አይ ☐አዎን
If there is something that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment.	በዚህ ቅጽ ላይ ለማጋራት ምቾት የማይሰጥዎት ነገሮች ካሉዎት እና ከሃኪም ጋር ለመወያየት የሚፈልጉ ከሆነ፣ እባክዎን ወደ GP ይደውሉ እና ቀጠሮ ያስይዙ።