English	Gujarati
New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK	UK માં નવા આવેલા સ્થળાંતર કરનારા લોકો માટે દર્દી પ્રશ્નાવલિ
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 needin 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.	દરેક વ્યક્તિને *GP* માં નોંધણી કરવાનો અધિકાર છે. *GP* માં નોંધણી કરવા માટે તમારે તમારા સરનામાના પુરાવા, ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ, *ID* અથવા *NHS* નંબરની જરૂર નથી. આ પ્રશ્નાવલી તમારા આરોગ્ય વિશેની માહિતી એકત્રિત કરવા માટે છે જેથી તમારી *GP* પ્રેક્ટિસના આરોગ્ય વ્યાવસાયિકો એ સમજી શકે કે રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય સેવાની ગોપનીયતા અને ડેટા શેરિંગ નીતિઓ અનુસાર તેમને ક્યાં પ્રકારની સહાય, સારવાર અને વિશેષ સેવાઓની જરૂર પડી શકે છે. તમારી સંભાળ લેવા સિવાય અન્ય હેતુઓ માટે તમે પ્રદાન કરેલી કોઈપણ માહિતી તમારા *GP* જાહેર કરશે નહીં સિવાય કે: તમે સંમતિ આપી હોય (દા.ત. તબીબી સંશોધનમાં સહાય માટે); અથવા તેઓએ કાયદા દ્વારા આમ કરવું જરૂરી હોય છે (દા.ત. અન્ય લોકોને ગંભીર નુકસાનથી બચાવવા માટે); અથવા કોઈ ઓવરરાઇડિંગ જાહેર હિત છે (દા.ત. તમે ચેપી રોગથી પીડિત છો). તમારા *GP* તમારી માહિતીનો ઉપયોગ કેવી રીતે કરશે તે વિશેની વધુ માહિતી તમારી *GP* પ્રેક્ટિસમાં ઉપલબ્ધ છે. તમારા જવાબો તમારી *GP* પ્રેક્ટિસમાં પરત કરો.
Section one: Personal details	વિભાગ એક: વ્યક્તિગત વિગતો
Full name:	પૂરું નામ:
Address:	સરનામું:

Telephone number:	ટેલિફોન નંબર:
Email address:	ઈમેઈલ સરનામું:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	કૃપા કરીને બધા પ્રશ્નો પૂર્ણ કરો અને તમને લાગુ પડે છે તે દરેક ઉત્તર પર ટિક કરો.
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 પ્રશ્નાવલી પૂર્ણ થયાની તારીખ:
1.2Which of the following best describes you? ☐Male ☐Female ☐Other ☐Prefer not to say	1.2 નીચેનામાંથી શું તમારા બાળક માટે શ્રેષ્ઠ વર્ણન કરે છે: ☐પુરુષ ☐સ્ત્રી ☐અન્ય ☐ કહેવાનું પસંદ કરતાં નથી
1.3Is this the same gender you were given at birth? ☐No ☐Yes ☐Prefer not to say	1.3 શું આ એ જ લિંગ છે જે જન્મ સમયે તમારું લિંગ હતું? ☐હા ☐ના ☐ કહેવાનું પસંદ કરતાં નથી
1.4 Date of birth: Date______ Month _______ Year ______	1.4 જન્મ તારીખ: તારીખ______ મહિનો _______ વર્ષ ______
1.5Religion: ☐Buddhist ☐Christian ☐Hindu ☐Jewish ☐Muslim ☐Sikh ☐Other religion ☐No religion	1.5 ધર્મ: ☐બૌદ્ધ ☐ખ્રિસ્તી ☐હિન્દુ ☐યહૂદી ☐મુસ્લિમ

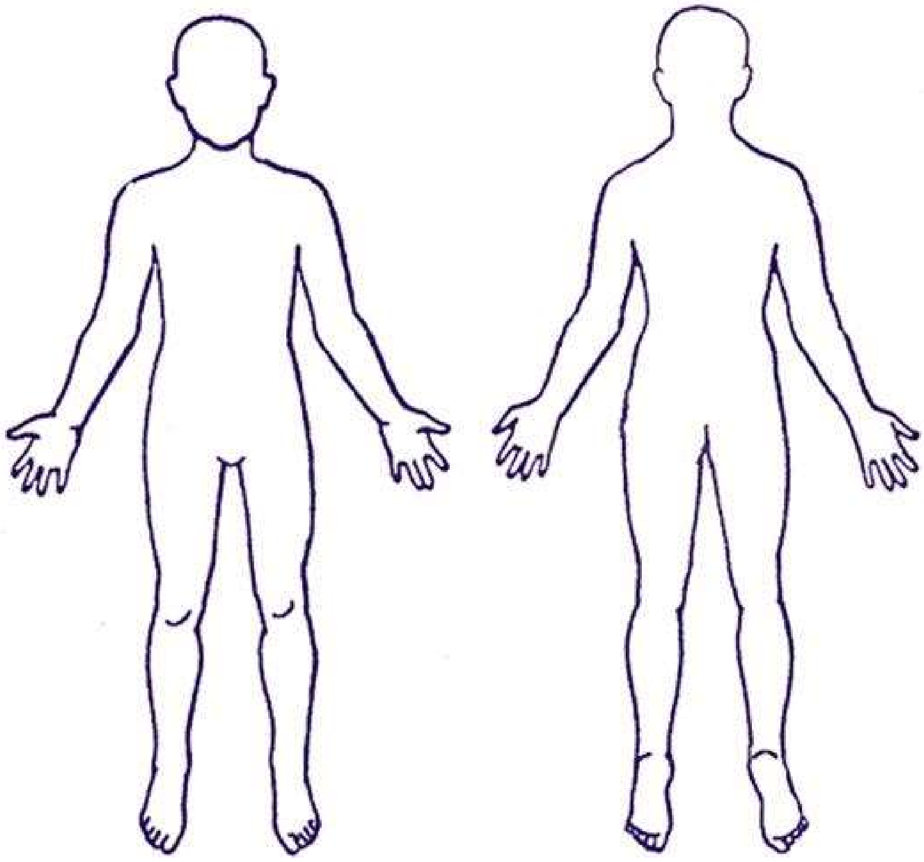
	☐શીખ ☐અન્ય ધર્મ ☐કોઈ ધર્મ નહીં
1.6 Marital status: ☐Married/civil partner ☐Divorced ☐Widowed ☐None of the above	1.6 વૈવાહિક સ્થિતિ: ☐પરિણીત/સિવિલ પાર્ટનર ☐છૂટાછેડા ☐વિધવા/વિધુર ☐ઉપરોક્તમાંથી કોઈ નહીં
1.7 Sexual Orientation: ☐Heterosexual (attracted to the opposite sex) ☐Homosexual (attracted to the same sex) ☐Bisexual (attracted to males and females) ☐Prefer not to say ☐Other	1.7 જાતીય અભિગમ: ☐વિજાતીય (વિરોધી લિંગ પ્રત્યે આકર્ષિત) ☐હોમોસેક્સ્યુઅલ (સમાન લિંગ પ્રત્યે આકર્ષિત) ☐ઉભયલિંગી (પુરુષો અને સ્ત્રીઓ પ્રત્યે આકર્ષિત) ☐ કહેવાનું પસંદ કરતાં નથી ☐અન્ય
1.8 Main spoken language: ☐Albanian ☐Russian ☐Arabic ☐Tigrinya ☐Dari ☐Ukrainian ☐English ☐Urdu ☐Persian ☐Vietnamese ☐Other	1.8 મુખ્ય બોલાતી ભાષા: ☐આલ્બેનિયન ☐રશિયન ☐અરબી ☐ટાઇગ્રિન્યા ☐દારી ☐યુક્રેનિયન ☐અંગ્રેજી ☐ઉર્દૂ ☐ફારસી ☐વિયેતનામીસ ☐અન્ય
1.9 Second spoken language: ☐Albanian ☐ Russian ☐Arabic ☐Tigrinya ☐Dari ☐Ukrainian ☐English ☐Urdu ☐Persian ☐Vietnamese ☐Other ☐None	1.9 બીજી બોલાતી ભાષા: ☐આલ્બેનિયન ☐ રશિયન ☐અરબી ☐ ટાઇગ્રિન્યા ☐દારી ☐યુક્રેનિયન ☐અંગ્રેજી ☐ઉર્દૂ ☐ફારસી ☐વિયેતનામિસ ☐અન્ય ☐કોઈ નહીં

	1.10
1.10 Do you need an interpreter? ☐No ☐Yes	1.10શું તમને દુભાષિયાની જરૂર છે? ☐હા ☐ના
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 તમે પુરુષ કે સ્ત્રી દુભાષિયાને પસંદ કરશો? કૃપા કરીને ધ્યાન રાખો કે દુભાષિયાની ઉપલબ્ધતાનો અર્થ એ છે કે તમારી પસંદગીને પૂર્ણ કરવી હંમેશા શક્ય નથી. ☐પુરુષ ☐સ્ત્રી ☐મને કોઈ વાંધો નથી
1.12 Are you able to read in your own language? ☐No ☐Yes ☐I have difficulty reading	1.12 શું તમે તમારી પોતાની ભાષામાં વાંચી શકો છો? ☐ના ☐હા ☐મને વાંચવામાં મુશ્કેલી પડે છે
1.13Are you able to write in your own language? ☐No ☐Yes ☐I have difficulty writing	1.13 શું તમે તમારી પોતાની ભાષામાં લખી શકો છો? ☐ના ☐હા ☐મને લખવામાં મુશ્કેલી પડે છે
1.14 Do you need sign language support? ☐No ☐Yes	1.14 શું તમને સાઇન ભાષા સમર્થનની જરૂર છે? ☐ના ☐હા
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:	1.15 કૃપા કરીને તમારા નજીકના સંબંધીઓ અને/અથવા કોઈપણની વિગતો આપો જેમનો અમે કટોકટીમાં સંપર્ક કરી શકીએ:

Name: Contact telephone number: Address:	Next of kin	નજીકના સંબંધીઓ નામ: સંપર્ક ટેલિફોન નંબર: સરનામું:
Name: Contact telephone number: Address:	Emergency contact (if different)	કટોકટી સંપર્ક (જો અલગ હોય તો) નામ: સંપર્ક ટેલિફોન નંબર: સરનામું: 1.16

## Section two: Health questions	## વિભાગ બે: આરોગ્ય અંગેના પ્રશ્નો
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? ☐No ☐Yes	2.1 શું તમે હાલમાં અસ્વસ્થતા અથવા માંદગી અનુભવો છો?
2.2Do you need an urgent help for your health problem? ☐No ☐Yes	2.2 શું તમને તમારી સ્વાસ્થ્ય સમસ્યા માટે તાત્કાલિક સહાયની જરૂર છે? ☐ના ☐હા
2.3Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply* ☐Weight loss ☐Cough ☐Coughing up blood	2.3 શું તમને હાલમાં નીચેના પૈકી કોઈ લક્ષણો છે? કૃપા કરીને લાગુ પડે તે પર ટિક કરો ☐વજન ઘટવું ☐ખાંસી

☐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	☐ખાંસીમાં લોહી આવવું ☐રાત્રે પરસેવો થવો ☐અતિશય થાક ☐શ્વાસ લેવામાં મુશ્કેલી ☐તાવ ☐ઝાડા થવા ☐ત્વચાની બીમારી અથવા ઉઝરડા ☐પેશાબમાં લોહી આવવું ☐મળમાં લોહી આવવું ☐માથાનો દુખાવો ☐પીડા ☐લો મૂડ ☐હતાશા ☐ દુઃખદાયક ફ્લેશબેક અથવા ખરાબ સપના ☐ઊંઘ આવવામાં મુશ્કેલી ☐ એવું લાગે છે કે તમે તમારા વિચારો અથવા ક્રિયાઓને નિયંત્રિત કરી શકતા નથી ☐ એવી લાગણી થવી કે તમે તમારી જાતને નુકસાન પહોંચાડવા માંગો છો અથવા જીવન સમાપ્ત કરવા માંગો છો ☐અન્ય
2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)	2.4કૃપા કરીને શરીરની છબી પર તે વિસ્તાર(રો)ને ચિહ્નિત કરો જ્યાં તમે તમારી વર્તમાન સ્વાસ્થ્ય સમસ્યા(ઓ)નો અનુભવ કરી રહ્યાં છો.



2.5 Do you have any known health problems that are ongoing? ☐No ☐Yes	2.5 શું તમને કોઈ ઓળખી શકાય તેવી સ્વાસ્થ્ય સમસ્યાઓ છે જે ચાલુ છે? ☐ના ☐હા
2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply ☐Arthritis ☐Asthma ☐Blood disorder ☐Sickle cell anaemia ☐Thalassaemia ☐Cancer ☐Dental problems ☐Diabetes ☐Epilepsy ☐Eye problems ☐Heart problems ☐Hepatitis B ☐Hepatitis C	2.6શું તમને નીચેનામાંથી કોઈ બીમારી છે અથવા ક્યારેય હતી ? કૃપા કરીને લાગુ પડે તે દરેક પર ટિક કરો ☐સંધિવા ☐અસ્થમા ☐રક્તની વિકૃતિ ☐સિકલ સેલ એનિમિયા ☐થેલેસેમિયા ☐કેન્સર

☐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
	☐દાંતની સમસ્યા
	☐ડાયાબિટીસ
	☐આંચકી
	☐આંખની સમસ્યા
	☐હૃદયની સમસ્યા
	☐હિપેટાઇટીસ B
	☐હિપેટાઇટીસ C
	☐HIV અથવા AIDS
	☐ ઉચ્ચ બ્લડ પ્રેશર
	☐કિડનીની સમસ્યા
	☐યકૃતની સમસ્યા
	☐ લાંબા ગાળાની ફેફસાની સમસ્યા/શ્વાસ લેવામાં તકલીફ
	☐માનસિક સ્વાસ્થ્ય સમસ્યાઓ
	    ☐લો મૂડ/ડિપ્રેશન
	    ☐હતાશા
	    ☐પોસ્ટ ટ્રોમેટિક સ્ટ્રેસ ડિસઓર્ડર (PTSD)
	    ☐ભૂતકાળમાં પહેલાં સ્વ-નુકસાન
	    ☐આત્મહત્યાનો પ્રયાસ
	    ☐અન્ય
	☐ ઑસ્ટિયોપોરોસિસ
	☐ત્વચાના રોગો
	☐સ્ટ્રોક
	☐થાઈરૉઈડના રોગ
	☐ટ્યુબરક્યુલોસિસ (TB)
	☐અન્ય

2.7 Have you ever had any operations / surgery? ☐No ☐Yes	2.7શું તમારૂ ક્યારેય કોઈ ઓપરેશન / સર્જરી થઈ છે? ☐ના ☐હા
2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this? ☐ In the last 12 months ☐ 1 – 3 years ago	2.8જો તમારી પાસે ઓપરેશન / સર્જરી થઈ હોય, તો આ કેટલા સમય પહેલા થયું હતું?

☐ Over 3 years ago	☐ છેલ્લા 12 મહિનામાં ☐ 1 – 3 વર્ષ પહેલા ☐ 3 વર્ષ પહેલા
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? ☐No ☐Yes	2.9શું તમને યુદ્ધ, સંઘર્ષ અથવા ત્રાસથી કોઈ શારીરિક ઈજા થઈ છે? ☐ના ☐હા
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	2.10શું તમને કોઈ માનસિક સ્વાસ્થ્ય સમસ્યાઓ છે? જેમાં યુદ્ધ, સંઘર્ષ, ત્રાસ અથવા તમારા દેશથી ભાગી જવાની ફરજ પડી છે? ☐ના ☐હા
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 કેટલીક તબીબી સમસ્યાઓ પરિવારોમાં હોય શકે છે. શું તમારા નજીકના કુટુંબના કોઈ સભ્ય (પિતા, માતા, ભાઈ-બહેન અને દાદા-દાદી) ને નીચેના પૈકી કોઈ બીમારી થઈ છે કે તેઓ પીડાય છે? કૃપા કરીને લાગુ પડે તે દરેક પર ટિક કરો ☐કેન્સર ☐ડાયાબિટીસ ☐ડિપ્રેશન/માનસિક સ્વાસ્થ્ય બીમારી ☐હૃદયરોગનો હુમલો ☐ઉચ્ચ બ્લડ પ્રેશર ☐સ્ટ્રોક ☐અન્ય
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 શું તમે કોઈ સૂચિત દવાઓ લો છો? ☐ના ☐હા *-કૃપા કરીને નીચે આપેલા બોક્સમાં તમારી*

સૂચિત દવાઓ અને ડોઝની યાદી લખો

કૃપા કરીને તમારી મુલાકાતમાં કોઈપણ પ્રિસ્ક્રિપ્શન અથવા દવાઓ સાથે લઈ આવો

નામ	*ડોઝ*

2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?

☐No
☐Yes

2.13શું તમે આગામી અઠવાડિયામાં આ દવાઓસમાપ્ત થશે તે વિશે ચિંતિત છો?

☐ના
☐હા

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*

2.14શું તમે એવી કોઈ પણ દવાઓ લો છો જે આરોગ્ય વ્યવસાયિક દ્વારા સૂચવવામાં આવી ન હોય દા.ત. ફાર્મસી/દુકાન/ઈન્ટરનેટ પરથી તમે ખરીદી હોય અથવા વિદેશથી મંગાવી હોય?

☐ના
☐હા

- *કૃપા કરીને નીચેના બોક્સમાં આવી દવાઓ અને ડોઝની યાદી આપો*

કૃપા કરીને તમારા બાળકની મુલાકાત સમયે કોઈપણ દવાઓ સાથે લાવો

નામ	*ડોઝ*
2.15	

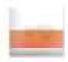
2.15 Are you allergic to any medicines?

☐No

2.15 શું તમને કોઈ દવાઓથી એલર્જી છે?

☐ના

☐Yes	☐હા
2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? ☐No ☐Yes	2.16શું તમને અન્ય કોઈ વસ્તુથી એલર્જી છે? (દા.ત. ખોરાક, જંતુના ડંખ, લેટેક્ષ મોજા)? ☐ના ☐હા
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? ☐No ☐Yes	2.17શું તમને કોઈ શારીરિક અક્ષમતા અથવા હલનચલનમાં મુશ્કેલી પડે છે? ☐ના ☐હા
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	2.18શું તમને કોઈ સંવેદનાત્મક ક્ષતિ છે? કૃપા કરીને લાગુ પડે તે દરેક પર ટિક કરો ☐ના ☐અંધાપો ☐ આંશિક દૃષ્ટિની સમસ્યા ☐સંપૂર્ણ બહેરાશ ☐આંશિક બહેરાશ ☐ ગંધ અને/અથવા સ્વાદની સમસ્યા
2.19 Do you have any learning difficulties? ☐No ☐Yes	2.19શું તમને શીખવામાં કોઈ મુશ્કેલી પડે છે? ☐ના ☐હા
2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? ☐No ☐Yes	2.20શું એવી કોઈ ખાસ વ્યક્તિગત માહિતી છે જેના વિશે તમે હેલ્થકેર પ્રોફેશનલ સાથે તમારી આગામી એપોઇન્ટમેન્ટમાં ચર્ચા/વાત કરવા માંગો છો? ☐ના ☐હા
Section three: Lifestyle questions	**વિભાગ ત્રણ: જીવનશૈલી અંગેના પ્રશ્નો**
3.1How often do you drink alcohol? ☐Never ☐Monthly or less ☐2-4 times per month	3.1 તમે કેટલી વાર મદ્યપાન કરો છો? ☐ક્યારેય નહીં ☐એક મહિને અથવા ઓછું

☐2-3 times per week ☐4 or more times per week *There is **1 unit** of alcohol in:* *½ pint glass of beer* *1 small glass of wine* *1 single measure of spirits*	☐મહિનામાં 2-4 વાર ☐અઠવાડિયામાં 2-3 વાર ☐અઠવાડિયામાં 04 અથવા વધુ વખત *તેમાં દારૂનું 1 એકમ છે:* *બિયરનો ½ પિન્ટ ગ્લાસ* *1 નાનો વાઇન ગ્લાસ*  *સ્પિરિટનું 1 એકમ*
3.2 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	3.2જો તમે પીતા હો ત્યારે તમે એક સામાન્ય દિવસમાં કેટલા એકમ દારૂ પીવો છો? ☐0-2 ☐3-4 ☐5-6 ☐7-9 ☐10 અથવા વધુ
3.3 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	3.3છેલ્લા વર્ષમાં એક જ પ્રસંગમાં સ્ત્રી તમારી સાથે હોય તો 6 કે તેથી વધુ એકમ અથવા પુરૂષ સાથે હોય તો 8 કે તેથી વધુ એકમ કેટલી વાર લ્યો છો? ☐ક્યારેય નહીં ☐ એક મહિના કરતાં ઓછું ☐મહિને ☐અઠવાડિયે

	☐દરરોજ અથવા દરેક દિવસે
3.4 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 ☐Yes	3.4શું તમે કોઈ એવી દવાઓ લો છો જે તમારા સ્વાસ્થ્ય માટે હાનિકારક હોય દા.ત. કેનાબીસ, કોકેઈન, હેરોઈન? ☐ ક્યારેય નહીં ☐ મેં એવી દવાઓ લેવાનું છોડી દીધું છે જે હાનિકારક હોઈ શકે છે ☐હા
3.5 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	3.5શું તમે ધૂમ્રપાન કરો છો? ☐ક્યારેય નહીં ☐મે ધૂમ્રપાન છોડી દીધું છે ☐હા ☐સિગારેટ દિવસમાં કેટલી? ___________ તમે કેટલા વર્ષોથી ધૂમ્રપાન કરો છો? _________ ☐તંબાકુ શું તમે ધૂમ્રપાન બંધ કરવામાં મદદ લેવા માંગો છો? ☐હા ☐ના
3.6Do you chew tobacco? ☐Never ☐I have quit chewing tobacco ☐Yes	3.6શું તમે તમાકુ ચાવો છો? ☐ક્યારેય નહીં ☐મે તમાકુ લેવાનું છોડી દીધું છે ☐ના
Section four: Vaccinations	**વિભાગ ચાર: રસીકરણ**
4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of	4.1 શું તમને તમારા બાળપણમાં યોગ્ય એવી

origin? ***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.*** ☐No ☐Yes ☐I don't know	તેના મૂળ દેશમાં ઓફર કરવામાં આવતી બાળપણની બધી રસીઓ આપવામાં આવી છે? ***જો તમારી પાસે તમારા રસીકરણ ઇતિહાસનો રેકોર્ડ છે, તો કૃપા કરીને તેને તમારી એપોઇન્ટમેન્ટમાં સાથે લાવો.*** ☐ના ☐હા ☐મને ખબર નથી
4.2Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)? ☐No ☐Yes ☐I don't know	4.2શું તમને ટ્યુબરક્યુલોસિસ (TB) માટેની રસી આપવામાં આવી છે? ☐ના ☐હા ☐મને ખબર નથી
4.3Have you been vaccinated against COVID-19? ☐No ☐Yes ☐1 dose ☐2 doses ☐3 doses ☐More than 3 doses ☐I don't know	4.3 શું તમને COVID-19 ની રસી આપવામાં આવી છે? ☐ના ☐હા ☐1 ડોઝ ☐2 ડોઝ ☐3 ડોઝ ☐3 કરતાં વધુ ડોઝ ☐મને ખબર નથી
Section five: Questions for female patients only	**વિભાગ પાંચ: માત્ર મહિલા દર્દીઓ માટે પ્રશ્નો**
5.1 Are you pregnant? ☐No ☐I might be pregnant ☐Yes How many weeks pregnant are you?______________________	5.1 શું તમે ગર્ભવતી છો? ☐ના ☐હું ગર્ભવતી હોય શકું છું ☐હા તમે કેટલા અઠવાડિયાના ગર્ભવતી છો?______________________
5.2 Do you use contraception?	5.2 શું તમે ગર્ભનિરોધકનો ઉપયોગ કરો છો?

☐No ☐Yes What method do you use? ☐Barrier contraception *e.g. condoms, gel* ☐Oral contraceptive pill ☐Copper Coil/Intrauterinedevice (IUD) ☐Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena* ☐Contraceptive injection ☐Contraceptive implant ☐Other	☐ના ☐હા તમે કઈ પદ્ધતિનો ઉપયોગ કરો છો? ☐ અવરોધ ગર્ભનિરોધક દા.ત. કોન્ડોમ, જેલ ☐ મૌખિક ગર્ભનિરોધક ગોળી ☐ કોપર કોઇલ/ઇન્ટ્રા યુટેરિન ડિવાઇસ (IUD) ☐ હોર્મોનલ કોઇલ/ઇન્ટ્રાયુટેરિન સિસ્ટમ (IUS) દા.ત. મિરેના ☐ ગર્ભનિરોધક ઈન્જેક્શન ☐ ગર્ભનિરોધક પ્રત્યારોપણ ☐અન્ય
5.3Do you urgently need any contraception? ☐No ☐Yes	5.3 શું તમને તાત્કાલિક કોઈ ગર્ભનિરોધકની જરૂર છે? ☐ના ☐હા
5.4Have 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 શું તમે ક્યારેય સર્વાઇકલ સ્મીયર અથવા સ્મીયર પરીક્ષણ કરાવ્યુ છે? તમારા સર્વિક્સના સ્વાસ્થ્યની તપાસ કરવા અને સર્વાઇકલ કેન્સરને રોકવામાં મદદ કરવા માટે આ એક પરીક્ષણ છે. ☐ના ☐હા ☐ હું વધુ માહિતી મેળવવા માગું છું
5.5Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)? ☐No ☐Yes	5.5 શું તમે હિસ્ટરેક્ટમી (તમારા ગર્ભાશય અને સર્વિક્સને દૂર કરવા માટેનું ઓપરેશન) કરાવ્યું છે? ☐ના ☐હા

5.6As 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 મહિલા દર્દી તરીકે શું કોઈ ખાસ ખાનગી માહિતી છે જે તમે હેલ્થકેર પ્રોફેશનલ સાથે તમારી આગામી એપોઇન્ટમેન્ટમાં ચર્ચા/વાત કરવા માંગો છો? ☐ના ☐હા
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.	જો એવી કોઈ માહિતી હોય કે જે તમે આ ફોર્મમાં શેર કરવા ઇચ્છતા નથી અને તમે ડૉક્ટર સાથે તેની ચર્ચા કરવા માગો છો, તો કૃપા કરીને તમારા GP ને કૉલ કરો અને એપોઇન્ટમેન્ટ બુક કરો.