

English	Nepali अंग्रेजी
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>बेलायतमा भर्खरै आएका आप्रवासीहरूका लागि नयाँ बिरामी प्रश्नावली</p>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p>प्रत्येक व्यक्तिको आफ्नो जीपी दर्ता गर्ने अधिकार छ। प्रत्येक व्यक्तिलाई आफ्नो परिवारको सामान्य चिकित्सक (जीपी) सँग दर्ता गर्ने अधिकार छ।</p> <p>यो प्रश्नावली तपाईंको स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी संकलन गर्नको लागि हो ताकि तपाईंको जीपी क्लिनिकबाट स्वास्थ्य पेशेवरहरूले बुझ्न सक्दछन् कि राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवाको गोपनीयता र डाटा साझेदारी नीतिहरू अनुसार कुन सहायता, उपचार र विशेषज्ञ सेवाहरू तपाईंलाई आवश्यक हुन सक्छ।</p> <p>तपाईंको जीपीले तपाईंको प्रत्यक्ष हेरचाह बाहेक अन्य उद्देश्यका लागि प्रदान गर्ने कुनै पनि जानकारी प्रकट गर्दैन जबसम्म: तपाईंले सहमति दिनुभएको छैन (उदाहरणका लागि चिकित्सा अनुसन्धानलाई सहायता गर्न); वा तिनीहरूले कानून द्वारा त्यसो गर्न आवश्यक छ (उदाहरणका लागि अन्य मानिसहरूलाई गम्भीर हानिबाट बचाउन); वा किनभने त्यहाँ एक अतिरिक्त सार्वजनिक चासो छ (उदाहरणका लागि तपाईं एक संक्रामक रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ)। तपाईंको जानकारी कसरी प्रयोग गर्ने भन्ने बारे थप जानकारी तपाईंको जीपी क्लिनिकबाट प्राप्त गर्न सकिन्छ।</p> <p>तपाईंको उत्तर तपाईंको जीपी क्लिनिकमा फर्काउनुहोस्।</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>खण्ड एक: व्यक्तिगत विवरण</p>
<p>Full name:</p>	<p>पुरा नाम:</p>

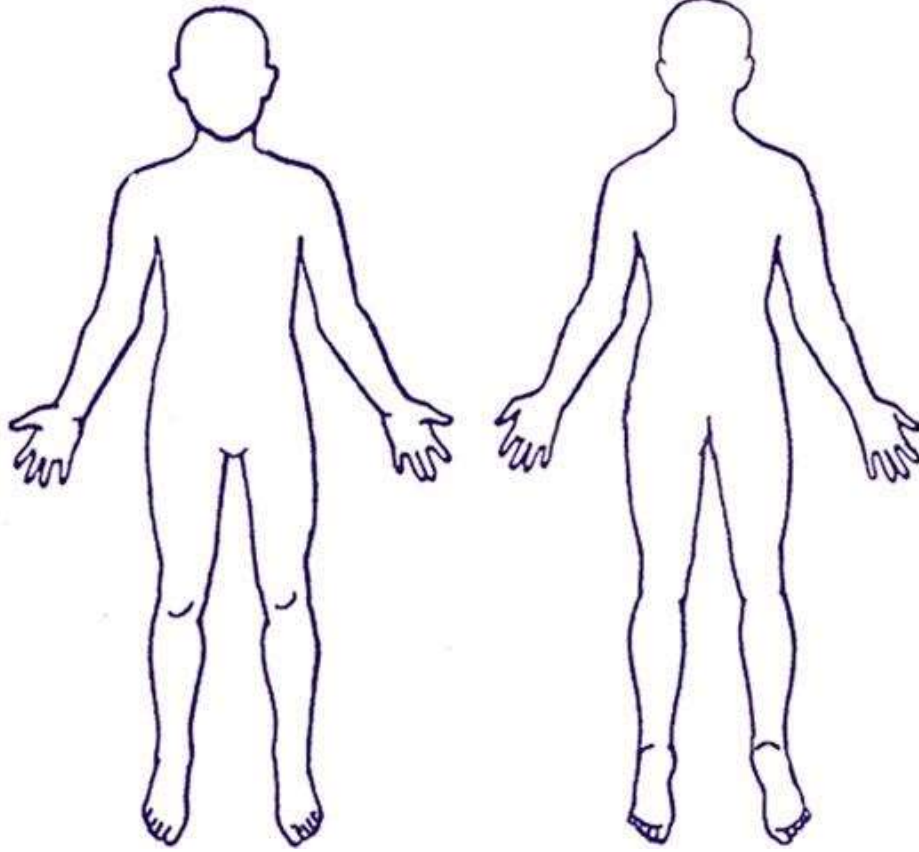
Address:	ठेगाना:
Telephone number:	टेलिफोन नम्बर:
Email address:	इमेल ठेगाना:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	कृपया सबै प्रश्नहरू पूरा गर्नुहोस् र तपाईंलाई लागू हुने सबै उत्तरहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्।
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 प्रश्नावली पूरा भएको मिति:
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 निम्न मध्ये कुन कुराले तपाईंको बारेमा सबैभन्दा राम्रो वर्णन गर्दछ? <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> भन्न चाहन्न
1.3 Is this the same gender you were given at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.3 के यो त्यही लिंग हो जुन तपाईंलाई जन्मको समयमा दिइएको थियो? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> भन्न चाहन्न
Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 जन्म मिति: गते _____ महिना _____ साल _____
1.5 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish	1.5 धर्म: <input type="checkbox"/> बौद्ध <input type="checkbox"/> क्रिश्चियन

<input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion	<input type="checkbox"/> हिन्दु <input type="checkbox"/> यहूदी <input type="checkbox"/> मुस्लिम <input type="checkbox"/> सिख <input type="checkbox"/> अन्य धर्म <input type="checkbox"/> कुनै धर्म छैन
1.6 Marital status: <input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above	1.6 बैवाहिक स्थिति: <input type="checkbox"/> विवाहित/सिभिल पार्टनर <input type="checkbox"/> सम्बन्धविच्छेद भएको <input type="checkbox"/> विधवा <input type="checkbox"/> माथिको कुनै पनि होइन
1.7 Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex) <input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex) <input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females) <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	1.7 यौन झुकाव: <input type="checkbox"/> हेट्रोसेक्सुअल (विपरीत लिङ्गप्रति आकर्षित) <input type="checkbox"/> समलिंगी (समान लिंगप्रति आकर्षित) <input type="checkbox"/> उभयलिंगी (पुरुष र महिलाप्रति आकर्षित) <input type="checkbox"/> भन्न चाहन्न <input type="checkbox"/> अन्य
1.8 Main spoken language: <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Vietnamese	1.8 मुख्य बोलिने भाषा: <input type="checkbox"/> अल्बेनियाली <input type="checkbox"/> अरबी <input type="checkbox"/> दारी <input type="checkbox"/> अंग्रेजी <input type="checkbox"/> फ़ारसी <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> रुसी <input type="checkbox"/> टिग्रिन्या <input type="checkbox"/> यूक्रेनी <input type="checkbox"/> उर्दु <input type="checkbox"/> भिएतनामी
1.9 Second spoken language: <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Ukrainian	1.9 दोस्रो बोलिने भाषा <input type="checkbox"/> अल्बेनियाली <input type="checkbox"/> अरबी <input type="checkbox"/> रुसी <input type="checkbox"/> टिग्रिन्या

<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> दारी <input type="checkbox"/> अंग्रेजी <input type="checkbox"/> फ़ारसी <input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> यूक्रेनी <input type="checkbox"/> उर्दु <input type="checkbox"/> भिएतनामी <input type="checkbox"/> कुनै पनि होइ
1.10 Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.10के तपाईंलाई दोभाषेको आवश्यकता छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ		
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. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	1.11के तपाईं पुरुष वा महिला दोभाषे चाहनुहुन्छ? कृपया ध्यान दिनुहोस् कि दोभाषेको उपलब्धताको अर्थ यो हुन सक्छ कि तपाईंको प्राथमिकता पूरा गर्न सधैं सम्भव हुँदैन। <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> मलाई कुनै आपत्ति छैन		
1.12 Are you able to read in your own language? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading	1.12 के तपाईं आफ्नो भाषामा पढ्न सक्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> मलाई पढ्न गाह्रो हुन्छ		
1.13 Are you able to write in your own language? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	1.13के तपाईं आफ्नो भाषामा लेख्न सक्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> मलाई लेख्न गाह्रो हुन्छ		
1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.14के तपाईंलाई साङ्केतिक भाषामा सहयोग चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ		
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:	1.15कृपया तपाईंको नजिकको आफन्तको विवरण दिनुहोस् र/वा आपतकालमा सम्पर्क गर्न सकिने कोही व्यक्तिको विवरण दिनुहोस्:		

<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>	<p>नाम:</p> <p>सम्पर्क टेलिफोन नम्बर:</p> <p>ठेगाना:</p>	<p><u>नजिकको आफन्त</u></p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<p>नाम:</p> <p>सम्पर्क टेलिफोन नम्बर:</p> <p>ठेगाना:</p>	<p>आपतकालीन सम्पर्क (यदि फरक भएमा)</p>
<p>Section two: Health questions</p>		<p>खण्ड दूई: स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रश्नहरू</p>	
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.1 के तपाईं हाल अस्वस्थ वा बिरामी महसुस गर्दै हुनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>	
<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.2 के तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्य समस्याको लागि तत्काल मद्दत चाहिन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p>	

	<input type="checkbox"/> छ
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats <input type="checkbox"/> Extreme tiredness <input type="checkbox"/> Breathing problems <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in your urine <input type="checkbox"/> Blood in your stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions <input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life <input type="checkbox"/> Other 	<p>2.3के तपाईंलाई अहिले निम्न लक्षणहरूमध्ये कुनै छ? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> तौल घट्नु <input type="checkbox"/> खोकी <input type="checkbox"/> खोक्दा रगत आउने <input type="checkbox"/> रातमा पसिना आउनु <input type="checkbox"/> अत्यधिक थकान <input type="checkbox"/> श्वासप्रश्वासमा समस्या <input type="checkbox"/> ज्वरो <input type="checkbox"/> पखाला <input type="checkbox"/> छालाको समस्या वा दागहरू <input type="checkbox"/> तपाईंको पिसाबमा रगत <input type="checkbox"/> तपाईंको दिसामा रगत <input type="checkbox"/> टाउको दुख्ने <input type="checkbox"/> दुखाइ <input type="checkbox"/> कम मनोदशा <input type="checkbox"/> चिन्ता <input type="checkbox"/> पीडादायी सम्झनाहरू वा सपनाहरू <input type="checkbox"/> निद्रामा समस्या <input type="checkbox"/> आफ्नो विचार वा कार्यहरू नियन्त्रण गर्न नसक्ने महसुस <input type="checkbox"/> आफूमाथि चोट पुर्याउने वा जीवनलाई त्याग्ने सोच <input type="checkbox"/> अन्य
<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>	<p>2.4 कृपया शरीरको तस्बिरमा तपाईंको हालको स्वास्थ्य समस्या रहेको क्षेत्रलाई चिन्ह लगाउनुहोस्।</p>



<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.5के तपाईंलाई कुनै ज्ञात स्वास्थ्य समस्याहरू छन् जुन जारी छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Blood disorder</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Dental problems</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Eye problems</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p>	<p>2.6के तपाईंलाई निम्न मध्ये कुनै समस्या भएको छ वा थियो? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्</p> <p><input type="checkbox"/> बाथ</p> <p><input type="checkbox"/> दम</p> <p><input type="checkbox"/> रक्त विकार</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> सिकल सेल एनीमिया</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> थालसेमिया</p> <p><input type="checkbox"/> क्यान्सर</p>

<input type="checkbox"/> HIV or AIDS <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> दाँतको समस्या <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> मिर्गी <input type="checkbox"/> आँखाको समस्या <input type="checkbox"/> मुटुको समस्या <input type="checkbox"/> हेपाटाईसीस बि <input type="checkbox"/> हेपाटाईसीस सि <input type="checkbox"/> एचआईभी वा एड्स <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप <input type="checkbox"/> मिर्गीलाको समस्या <input type="checkbox"/> कलेजोको समस्या <input type="checkbox"/> दीर्घकालीन फोक्सोको समस्या/ श्वासप्रश्वासमा कठिनाई <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूको कठिनाई <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> कम मनोदशा/ डिप्रेसन <input type="checkbox"/> चिन्ता <input type="checkbox"/> पोस्ट-ट्राउमेटिक स्ट्रेस डिसअर्डर (PTSD) <input type="checkbox"/> विगतमा आफूलाई चोट पुर्याएको <input type="checkbox"/> आत्महत्याको प्रयास <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> ओस्टियोपोरोसिस <input type="checkbox"/> चर्मरोग <input type="checkbox"/> स्ट्रोक <input type="checkbox"/> थाइराइड रोग <input type="checkbox"/> क्षयरोग (टीबी) <input type="checkbox"/> अन्य
2.7 Have you ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7के तपाईंलाई कुनै प्रकारको अपरेसन/ शल्यक्रिया गरिएको छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ

<p>2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this?</p> <p><input type="checkbox"/> In the last 12 months</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago</p> <p><input type="checkbox"/> Over 3 years ago</p>	<p>2.8दि तपाईंको शल्यक्रिया भएको छ भने, यो कति समय पहिले भएको थियो?</p> <p><input type="checkbox"/> विगत 12 महिनामा</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - 3 वर्ष पहिले</p> <p><input type="checkbox"/> 3 वर्षभन्दा पहिले</p>
<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9के तपाईंसँग युद्ध, द्वन्द्व वा यातनाबाट कुनै शारीरिक चोट लागेको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.10के तपाईंलाई कुनै मानसिक स्वास्थ्य समस्या छ? यो युद्ध, द्वन्द्व, यातना वा आफ्नो देश छोड्न बाध्य हुनुबाट हुन सक्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness</p> <p><input type="checkbox"/> Heart attack</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.11परिवारमा केही स्वास्थ्य समस्या देखिन सक्छ । के तपाईंको नजिकको परिवारको सदस्य (बुबा, आमा, भाइबहिनी र हजुरबा हजुरआमा) लाई निम्न मध्ये कुनै एक थियो वा दुःख भोग्नुपःयो? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्</p> <p><input type="checkbox"/> क्यान्सर</p> <p><input type="checkbox"/> मधुमेह</p> <p><input type="checkbox"/> डिप्रेसन/मानसिक रोग</p> <p><input type="checkbox"/> हृदयघात</p> <p><input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप</p> <p><input type="checkbox"/> स्ट्रोक</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p>
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes –please list your prescribed medicines and doses in the box below</p>	<p>2.12के तपाईंले कुनै औषधि लिइरहनुभएको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p>

Please bring any prescriptions or medications to your appointment

Name	Dose

हो -कृपया तलको बाकसमा तपाईंको निर्धारित औषधि र खुराकहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस् कृपया तपाईंको अपोइन्टमेन्टमा कुनै पनि प्रिस्क्रिप्शन वा औषधीहरू ल्याउनुहोस्

नाम	मात्रा

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

- No
 Yes

2.13के तपाईं आगामी केही हप्तामा यी कुनै पनि औषधिहरू समाप्त हुने बारे चिन्तित हुनुहुन्छ?

- छैन
 छ

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







2.14के तपाईं कुनै औषधि लिनुहुन्छ जुन स्वास्थ्य पेशेवरले प्रिस्क्रिप्ट गरेको छैन, उदाहरणका लागि तपाईंले फार्मेसी/ पसल/ इन्टरनेटमा किनेको औषधि वा विदेशबाट पठाएको औषधि?

- छैन
 हो कृपया तलको बाकसमा औषधि र खुराकहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्

कृपया कुनै पनि औषधि आफ्नो अपोइन्टमेन्टमा ल्याउनुहोस्

नाम	मात्रा

<p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.15के तपाईंलाई कुनै औषधी प्रति एलर्जी छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.16के तपाईंलाई अरु कुनै कुरा प्रति एलर्जी छ?</p> <p>(उदाहरणका लागि खाना, कीराको टोकाइ, लेटेक्सको पन्जा)</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17के तपाईंमा कुनै शारीरिक अशक्तता वा गतिशीलतामा कठिनाई छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.18 Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i></p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Blindness</p> <p><input type="checkbox"/> Partial sight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Full hearing loss</p> <p><input type="checkbox"/> Partial hearing loss</p> <p><input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems</p>	<p>2.18के तपाईंमा कुनै संवेदनात्मक कमजोरी छ?</p> <p><i>कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्</i></p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> अन्धोपन</p> <p><input type="checkbox"/> आंशिक दृष्टि हानि</p> <p><input type="checkbox"/> पूर्ण श्रवण हानि</p> <p><input type="checkbox"/> आंशिक श्रवण हानि</p> <p><input type="checkbox"/> गन्ध र/वा स्वादको समस्या</p>
<p>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.19 के तपाईंलाई कुनै सिक्ने समस्या छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.20के तपाईंको कुनै खास निजी कुरा छ जुन तपाईं आफ्नो स्वास्थ्यकर्मीसँगको अर्को अपोइन्टमेन्टमा छलफल गर्न/उठाउन चाहनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>

Section three: Lifestyle questions	खण्ड तीन: जीवनशैलीका प्रश्नहरू
<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly or less</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 times per month</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 times per week</p> <p><input type="checkbox"/> 4 or more times per week</p> <p>There is 1 unit of alcohol in:</p> <p></p> <p><i>½ pint glass of beer</i></p> <p></p> <p><i>1 small glass of wine</i></p> <p></p> <p><i>1 single measure of spirits</i></p>	<p>3.1 तपाईं कति पटक रक्सी पिउनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> कहिल्यै गर्दिन</p> <p><input type="checkbox"/> मासिक वा कम</p> <p><input type="checkbox"/> महिनामा 2-4 पल्ट</p> <p><input type="checkbox"/> हप्तामा 2-4 पल्ट</p> <p><input type="checkbox"/> हप्तामा 4 वा सो भन्दा बढी पल्ट</p> <p>1 एकाई रक्सीमा:</p> <p></p> <p><i>आधा पिन्ट गिलास बियर</i></p> <p></p> <p><i>1 सानो गिलास वाइन</i></p> <p></p> <p><i>१ वटा जति स्पिरिट</i></p>
<p>a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 or more</p>	<p>b. तपाईं सामान्यतया कति एकाई रक्सी पिउनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 वा सो भन्दा बढी</p>

<p>c. 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?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Less than monthly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily</p>	<p>d. गत वर्ष तपाईंले कति पटक ६ वा सो भन्दा बढी युनिट महिला भएमा वा ८ वा सो भन्दा बढी पुरुष भएमा एकैअवसरमा लिनुभएको थियो?</p> <p><input type="checkbox"/> कहिल्यै गर्दिन <input type="checkbox"/> मासिक भन्दा कम <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> दैनिक वा लगभग दैनिक</p>
<p>e. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>f. के तपाईं कुनै पनि औषधि लिनुहुन्छ जुन तपाईंको स्वास्थ्यको लागि हानिकारक हुन सक्छ जस्तै भांग, कोकिन, हेरोइन?</p> <p><input type="checkbox"/> कहिल्यै गर्दिन <input type="checkbox"/> मैले हानिकारक लागुऔषध सेवन गर्न छोडेको छु <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>g. Do you smoke?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____</p> <p>How many years have you smoked for? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tobacco</p> <p>Would you like help to stop smoking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>h. के तपाईं धूम्रपान गर्नुहुन्छ ?</p> <p><input type="checkbox"/> कहिल्यै गर्दिन <input type="checkbox"/> मैले धूम्रपान त्यागेको छु <input type="checkbox"/> छ</p> <p><input type="checkbox"/> सिगरेट दिनमा कतिपल्ट? _____</p> <p>तपाईं कति वर्षदेखि धूम्रपान गर्दै हुनुहुन्छ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> सुर्ति</p> <p>धूम्रपान छोड्न मद्दत चाहनुहुन्छ? _____</p>

	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
<p>i. Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>j. तपाईं सुती सेवन गर्नुहुन्छ?</p> <input type="checkbox"/> कहिल्यै गर्दिन <input type="checkbox"/> मैले सुती सेवन गर्न छोडेको छु <input type="checkbox"/> छ
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>खण्ड चार: खोपहरू</p>
<p>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.</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1के तपाईंले आफ्नो देशका बाल्यकालका सबै खोपहरू लगाउनुभएको छ? यदि तपाईंसँग तपाईंको खोप इतिहासको रेकर्ड छ भने कृपया यसलाई तपाईंको अपोइन्टमेन्टमा ल्याउनुहोस्।</p> <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन
<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.2के तपाईंले क्षयरोग (टीबी) विरुद्धको खोप लगाउनुभएको छ?</p> <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.3के तपाईंले कोभिड-19 विरुद्धको खोप लगाउनुभएको छ ?</p> <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 मात्रा <input type="checkbox"/> 2 मात्रा <input type="checkbox"/> 3 मात्रा <input type="checkbox"/> 3 मात्रा भन्दा बढी <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन

<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>खण्ड पाँच: महिला बिरामीको लागि मात्र प्रश्नहरू</p>
<p>5.1 Are you pregnant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> म गर्भवती हुन सक्छु <input type="checkbox"/> छ तपाईं कति हप्ताकी गर्भवती हुनुहुन्छ? _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes What method do you use? <input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel <input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill <input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD) <input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena <input type="checkbox"/> Contraceptive injection <input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2के तपाईं गर्भनिरोधक प्रयोग गर्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ तपाईं कुन विधि प्रयोग गर्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> अवरोधक गर्भनिरोधक जस्तै कन्डम, जेल <input type="checkbox"/> मौखिक गर्भनिरोधक चक्की <input type="checkbox"/> कपर कोइल/ गर्भभित्रको उपकरण (IUD) <input type="checkbox"/> हर्मोनल कोइल/ गर्भभित्रको प्रणाली (IUS) जस्तै मिरिना <input type="checkbox"/> गर्भनिरोधक सुई <input type="checkbox"/> गर्भनिरोधक प्रत्यारोपण <input type="checkbox"/> अन्य</p>
<p>5.3 Do you urgently need any contraception? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.3के तपाईंलाई तुरुन्तै गर्भनिरोधकको आवश्यकता छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>

<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information</p>	<p>5.4के तपाईंले कहिल्यै गर्भाशय ग्रीवाको स्मेयर वा स्मेयर परीक्षण गर्नुभएको छ? यो परीक्षण गर्भाशय ग्रीवाको स्वास्थ्य जाँच गर्न र गर्भाशय ग्रीवाको क्यान्सर रोकको लागि गरिन्छ।</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> म थप जानकारी प्राप्त गर्न चाहन्छु</p>
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.5के तपाईंको गर्भाशय निकासी (गर्भाशय र गर्भाशयको मुख हटाउने शल्यक्रिया) भएको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.6 एक महिला बिरामीको रूपमा, के कुनै विशेष निजी कुरा छ जुन तपाईं स्वास्थ्य सेवा पेशेवरसँग तपाईंको अर्को भेटमा छलफल गर्न/उठाउन चाहनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>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.</p>	<p>यदि कुनै कुरा छ जसलाई यस फारममा उल्लेख गर्न तपाईंलाई सहज लाग्दैन र तपाईं डाक्टरसँग छलफल गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो जीपीलाई फोन गरेर अपोइन्टमेन्ट लिनुहोस्।</p>