

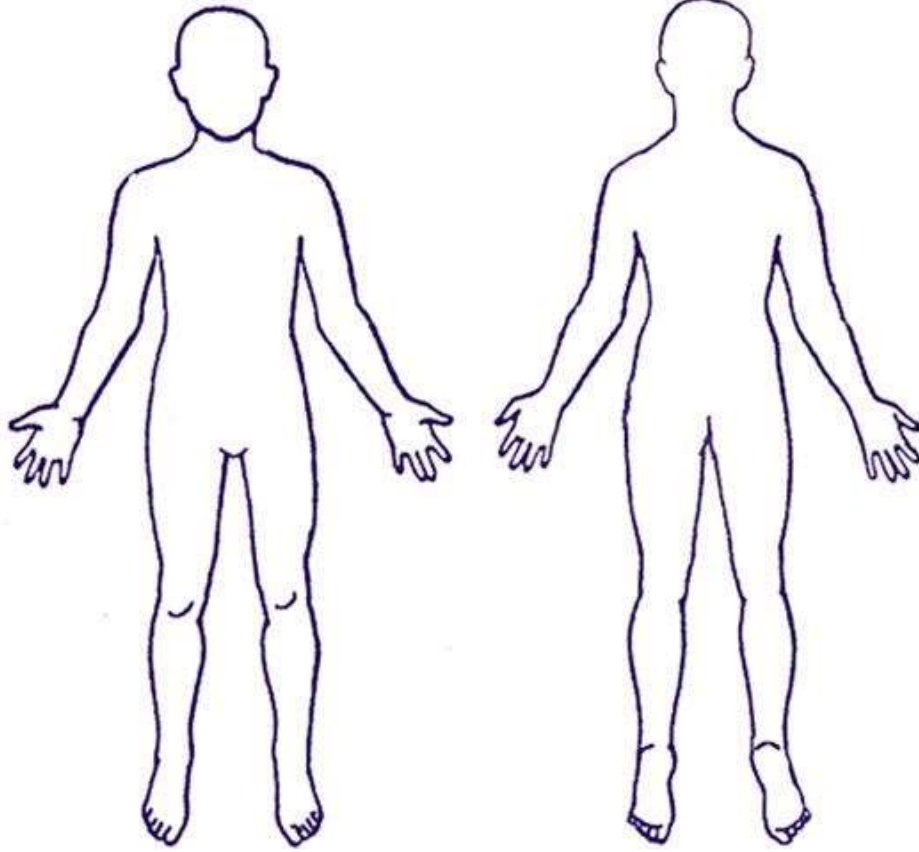
English	Bengali ইংরেজি
<p><b>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</b></p>	<p>যুক্তরাজ্যে নতুন আগমন করা অভিবাসীদের জন্য নতুন রোগীর প্রশ্নমালা (<b>New Patient Questionnaire</b>): শিশু ও তরুণ লোকজন</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do 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 children's health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p><b>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</b></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>একজন GP-র সাথে নিবন্ধন করার অধিকার সকলেরই আছে। GP-র সাথে নিবন্ধন করার জন্য আপনার কোনো ঠিকানার প্রমাণ, অভিবাসনগত অবস্থা, আইডি বা NHS নম্বরের প্রয়োজন নেই</p> <p>এই প্রশ্নমালার মাধ্যমে শিশুর স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করা হবে, যেন আপনার GP প্র্যাকটিসে থাকা স্বাস্থ্য বিষয়ক পেশাজীবীগণ বুঝতে পারেন যে, ন্যাশনাল হেলথ সার্ভিস (<b>National Health Service</b>)-এর গোপনীয়তা ও তথ্য শেয়ার করার নীতিমালা অনুযায়ী তাদের কোন ধরনের সহায়তা, চিকিৎসা ও বিশেষজ্ঞ পরিষেবার প্রয়োজন হতে পারে।</p> <p><b>18 বছরের কম বয়সী সক্ষম তরুণ লোকজন তাদের জন্য প্রাপ্তবয়স্কদের সংস্করণটি পূরণ করতে পারেন।</b></p> <p>আপনার সরাসরি সেবার উদ্দেশ্য ছাড়া আপনার কোনো তথ্য আপনার GP প্রকাশ করবে না, যদি না: আপনি সম্মতি দিয়ে থাকেন (যেমন, চিকিৎসা বিষয়ক গবেষণায় সহায়তা করতে); বা আইন অনুযায়ী তারা তা করতে বাধ্য থাকেন (যেমন, গুরুতর ক্ষতি থেকে অন্য লোকজনকে রক্ষা করতে); বা জরুরি জনস্বার্থ বিষয়ক কারণ থাকে (যেমন, আপনি কোনো সংক্রামক রোগে আক্রান্ত হয়ে থাকেন)। আপনার GP আপনার তথ্য কীভাবে ব্যবহার করবে সে সম্পর্কিত আরো তথ্য আপনার GP প্রেক্ষিসের কাছে পাওয়া যাবে।</p> <p>আপনার GP প্রেক্ষিসের কাছে আপনার উত্তরগুলো ফেরত দিন।</p>

Person completing	যে ব্যক্তি পূরণ করছেন
Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	এই ফর্মটি কে পূরণ করছেন: <input type="checkbox"/> শিশুর পিতামাতা <input type="checkbox"/> শিশুদের আইনানুগ অভিভাবক/কেয়ারার
Section one: Personal details	অনুচ্ছেদ এক: ব্যক্তিগত তথ্য
Child's full name:	শিশুর পূর্ণ নাম:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	শিশুর জন্ম তারিখ: দিন _____ মাস _____ বছর _____
Child's address:	শিশুর ঠিকানা:
Mother's name:	মায়ের নাম:
Father's name:	বাবার নাম:
Contact telephone number(s):	যোগাযোগের জন্য টেলিফোন নম্বর:
Email address:	ইমেইল ঠিকানা:
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	আপনার শিশুর জন্য প্রযোজ্য সবগুলো উত্তরের বাক্সে টিক চিহ্ন দিন।

<p>1.1 Which of the following best describes your child:</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.1 নিম্নলিখিত কোন বিষয়টি আপনার শিশুর সম্পর্কে সবচেয়ে ভালো বর্ণনা দেয়?</p> <p><input type="checkbox"/> পুরুষ</p> <p><input type="checkbox"/> মহিলা</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> <p><input type="checkbox"/> উত্তর প্রদানে ইচ্ছুক নই</p>
<p>1.2 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist</p> <p><input type="checkbox"/> Christian</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Jewish</p> <p><input type="checkbox"/> Muslim</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Other religion</p> <p><input type="checkbox"/> No religion</p>	<p>1.2 ধর্ম:</p> <p><input type="checkbox"/> বৌদ্ধ</p> <p><input type="checkbox"/> খ্রিস্টান</p> <p><input type="checkbox"/> হিন্দু</p> <p><input type="checkbox"/> ইহুদি</p> <p><input type="checkbox"/> মুসলিম</p> <p><input type="checkbox"/> শিখ</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য ধর্ম</p> <p><input type="checkbox"/> কোনো ধর্ম নেই</p>
<p>1.3 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p>	<p>1.3 প্রধান কথিত ভাষা:</p> <p><input type="checkbox"/> আলবেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> আরবি</p> <p><input type="checkbox"/> দারি</p> <p><input type="checkbox"/> ইংরেজি</p> <p><input type="checkbox"/> পার্সিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> <p><input type="checkbox"/> রুশ</p> <p><input type="checkbox"/> টাইগ্রিনিয়া</p> <p><input type="checkbox"/> ইউক্রেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> উর্দু</p> <p><input type="checkbox"/> ভিয়েতনামিজ</p>
<p>1.4 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.4 দ্বিতীয় কথিত ভাষা:</p> <p><input type="checkbox"/> আলবেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> আরবি</p> <p><input type="checkbox"/> দারি</p> <p><input type="checkbox"/> ইংরেজি</p> <p><input type="checkbox"/> পার্সিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> <p><input type="checkbox"/> রুশ</p> <p><input type="checkbox"/> টাইগ্রিনিয়া</p> <p><input type="checkbox"/> ইউক্রেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> উর্দু</p> <p><input type="checkbox"/> ভিয়েতনামিজ</p> <p><input type="checkbox"/> কোনোটিই নয়</p>
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>1.5 আপনার শিশুর কি কোনো দোভাষীর প্রয়োজন আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> না</p>
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.6 আপনার শিশুর কি ইশারা ভাষায় সহায়তা প্রয়োজন?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>

<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <p><input type="checkbox"/> Mother</p> <p><input type="checkbox"/> Father</p> <p><input type="checkbox"/> Brother(s)</p> <p>How many? _____</p> <p>What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sister(s)</p> <p><input type="checkbox"/> How many? _____</p> <p><input type="checkbox"/> What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> How many? _____</p>	<p>1.7 আপনার শিশু এখন যুক্তরাজ্যে যে বাসায় থাকেন সেখানে আর কে কে থাকেন?</p> <p><input type="checkbox"/> মা</p> <p><input type="checkbox"/> বাবা</p> <p><input type="checkbox"/> ভাই</p> <p>কয়জন? _____</p> <p>বয়স কত? _____</p> <p><input type="checkbox"/> বোন?</p> <p><input type="checkbox"/> কয়জন? _____</p> <p><input type="checkbox"/> বয়স কত? _____</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> <p><input type="checkbox"/> কয়জন? _____</p>
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age</p> <p><input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school</p> <p><input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place</p> <p><input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school</p> <p>_____</p>	<p>1.8 আপনার শিশু কি নার্সারি বা স্কুলে যায়?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> আপনার শিশুর বয়স 2 বছরের কম</p> <p><input type="checkbox"/> আমরা একটি স্থানের জন্য আবেদন করেছি, তবে এখনও নার্সারি/স্কুলে ভর্তি হয়নি</p> <p><input type="checkbox"/> নার্সারি বা স্কুলে ভর্তির জন্য আবেদন করতে আমি কোথা থেকে সহায়তা পেতে পারি সে সম্পর্কে আমি তথ্য পেতে চাই</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ – অনুগ্রহ করে নার্সারি বা স্কুলের নাম দিন</p> <p>_____</p>
<p><b>Section two: Health questions</b></p>	<p>অনুচ্ছেদ দুই: স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্ন</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 আপনার শিশুর ব্যাপারে আপনার কি কোনো উদ্বেগ আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 আপনার শিশু কি বর্তমানে অসুস্থ?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 আপনার শিশুর স্বাস্থ্য সমস্যার কারণে কি জরুরি সহায়তার প্রয়োজন আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>

<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Weight loss</li> <li><input type="checkbox"/> Cough</li> <li><input type="checkbox"/> Coughing up blood</li> <li><input type="checkbox"/> Night sweats</li> <li><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</li> <li><input type="checkbox"/> Breathing problems</li> <li><input type="checkbox"/> Fevers</li> <li><input type="checkbox"/> Diarrhoea</li> <li><input type="checkbox"/> Constipation</li> <li><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</li> <li><input type="checkbox"/> Blood in their urine</li> <li><input type="checkbox"/> Blood in their stool</li> <li><input type="checkbox"/> Headache</li> <li><input type="checkbox"/> Pain</li> <li><input type="checkbox"/> Low mood</li> <li><input type="checkbox"/> Anxiety</li> <li><input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares</li> <li><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</li> <li><input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul>	<p>2.4 বর্তমানে আপনার শিশুর কি নিচের কোনো উপসর্গ আছে? প্রয়োজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ওজন কমে যাওয়া</li> <li><input type="checkbox"/> কাশি</li> <li><input type="checkbox"/> কাশিতে রক্ত</li> <li><input type="checkbox"/> রাতে ঘাম হওয়া</li> <li><input type="checkbox"/> অত্যধিক ক্লান্তি</li> <li><input type="checkbox"/> শ্বাসপ্রশ্বাস জনিত সমস্যা</li> <li><input type="checkbox"/> জ্বর</li> <li><input type="checkbox"/> ডায়রিয়া</li> <li><input type="checkbox"/> কোষ্ঠকাঠিন্য</li> <li><input type="checkbox"/> ত্বকের সমস্যা বা ফুসকুড়ি</li> <li><input type="checkbox"/> তাদের প্রশ্রাবের সাথে রক্ত যায়</li> <li><input type="checkbox"/> তাদের মলের সাথে রক্ত যায়</li> <li><input type="checkbox"/> মাথা ব্যথা</li> <li><input type="checkbox"/> ব্যাথা</li> <li><input type="checkbox"/> মেজাজ খারাপ</li> <li><input type="checkbox"/> উদ্বেগ</li> <li><input type="checkbox"/> যন্ত্রণাদায়ক অতীত বা দুঃস্বপ্ন</li> <li><input type="checkbox"/> ঘুমের অসুবিধা</li> <li><input type="checkbox"/> মনে হয় সে নিজের ক্ষতি করতে বা আত্মহত্যা করতে চায়</li> <li><input type="checkbox"/> অন্যান্য</li> </ul>
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 তাদের শরীরের কোথায় সমস্যা বোধ করছে অনুগ্রহ করে ছবিতে তা চিহ্নিত করুন</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.6 আপনার শিশু কি নির্দিষ্ট সময়ের আগেই জন্মগ্রহণ করেছিল (আগাম জন্মগ্রহণ - গর্ভধারণের 37 সপ্তাহ/8.5 মাসের আগে)?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.7 জন্মের ঠিক পরপরই আপনার শিশুর কি কোনো স্বাস্থ্যজনিত সমস্যা ছিল, যেমন শ্বাসপ্রশ্বাস জনিত সমস্যা, সংক্রমণ, মস্তিষ্কে আঘাত?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.8 <b>New babies only (up to 3 months old):</b> Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.8 <b>শুধুমাত্র নবজাতকের জন্য (3 মাস বয়সী পর্যন্ত):</b> জন্মগ্রহণের 6-8 সপ্তাহের পরে আপনার শিশুকে কি কোনো GP (ডাক্তার) পরীক্ষা করেছিলেন?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>2.9 আপনার শিশুর কি কোনো জানা স্বাস্থ্য সমস্যা রয়েছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Blood disorder</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p style="padding-left: 20px;"><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"/> Ears, nose or throat</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney problems</p> <p><input type="checkbox"/> Liver problems</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health problems</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Low mood/depression</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Attempted suicide</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Skin disease</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroid disease</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.10 আপনার শিশুর কি নিচের কোনো উপসর্গ আছে? প্রয়োজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন</p> <p><input type="checkbox"/> হাঁপানি</p> <p><input type="checkbox"/> রক্তে অস্বাভাবিক অবস্থা</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> সিকল সেল অ্যানিমিয়া</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> থ্যালাসেমিয়া</p> <p><input type="checkbox"/> ক্যান্সার</p> <p><input type="checkbox"/> দাঁতের সমস্যা</p> <p><input type="checkbox"/> ডায়াবেটিস</p> <p><input type="checkbox"/> মূগী রোগ</p> <p><input type="checkbox"/> চোখের সমস্যা</p> <p><input type="checkbox"/> কান, নাক বা গলা</p> <p><input type="checkbox"/> হৃদযন্ত্রের সমস্যা</p> <p><input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস বি</p> <p><input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস সি</p> <p><input type="checkbox"/> এইচআইভি</p> <p><input type="checkbox"/> কিডনির সমস্যা</p> <p><input type="checkbox"/> যকৃৎ বা লিভারে সমস্যা</p> <p><input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্যজনিত সমস্যা</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> মেজাজ খারাপ/বিষণতা</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> উদ্বেগ</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> আঘাত-পরবর্তী মানসিক চাপজনিত অসুস্থতা (PTSD)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> অতীতে নিজের ক্ষতি করা হয়েছে</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> আত্মহত্যার চেষ্টা করা হয়েছে</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> <p><input type="checkbox"/> ত্বকের রোগ</p> <p><input type="checkbox"/> থাইরয়েডের সমস্যা</p> <p><input type="checkbox"/> ফস্ফা (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p>
<p>2.11 Has your child ever had any operations / surgery?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.11 আপনার শিশুর কি কখনো অপারেশন / অস্ত্রোপচার হয়েছিল?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.12 যুদ্ধ, সংঘাত বা অত্যাচারের কারণে আপনার শিশুর কি কোনো শারীরিক আঘাত আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>

<p>2.13 Does your child 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 <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 আপনার শিশুর কি কোনো মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যা রয়েছে? এটি হতে পারে যুদ্ধ, সংঘাত, অত্যাচার থেকে বা দেশ থেকে জোর করে পালাতে বাধ্য করার মাধ্যমে?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.14 আপনার শিশুর কি কোনো শারীরিক প্রতিবন্ধীত্ব বা চলাফেরায় সমস্যা আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems</p>	<p>2.15 আপনার শিশুর কি ইন্দ্রিয়জনিত কোনো সমস্যা আছে? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> অন্ধত্ব <input type="checkbox"/> দৃষ্টিশক্তি আংশিকভাবে নষ্ট হওয়া <input type="checkbox"/> সম্পূর্ণভাবে বধির হওয়া <input type="checkbox"/> শ্রবণশক্তি আংশিকভাবে নষ্ট হওয়া <input type="checkbox"/> গন্ধ এবং/অথবা স্বাদে সমস্যা</p>
<p>2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.16 আপনি কি মনে করে যে আপনার শিশুর শেখার সমস্যা বা আচরণগত সমস্যা আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17 আপনার শিশুর বৃদ্ধির ব্যাপারে আপনার কি কোনো উদ্বেগ আছে, যেমন তাদের ওজন/উচ্চতা?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.18 <b>Babies only:</b> Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.18 <b>শুধুমাত্র শিশুদের জন্য:</b> আপনার শিশু কি খাদ্য গ্রহণে কোনো সমস্যা বোধ করছে, যেমন বমি করা, খাবার ফেলে দেওয়া, দুধ পানে অনীহা?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness</p>	<p>2.19 আপনার শিশুর পরিবারের কোনো সদস্য (বাবা, মা, সহোদর ভাইবোন ও দাদা-দাদী) কি নিচের কোনো সমস্যায় ভুগছেন বা ভুগেছেন?</p> <p><input type="checkbox"/> হাঁপানি <input type="checkbox"/> ক্যান্সার</p>



<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> বিষণ্ণতা/মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অসুস্থতা <input type="checkbox"/> ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> হার্ট অ্যাটাক <input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস বি <input type="checkbox"/> উচ্চ রক্তচাপ <input type="checkbox"/> এইচআইভি <input type="checkbox"/> শিক্ষণের সমস্যা <input type="checkbox"/> স্ট্রোক <input type="checkbox"/> যক্ষ্মা (TB) <input type="checkbox"/> অন্যান্য								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –please list your child’s prescribed medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any prescriptions or medicines to your child’s appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 1104 778 1536"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 আপনার শিশু কি ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী কোনো ঔষধপত্র সেবন করে?</p> <p><input type="checkbox"/> না  <input type="checkbox"/> হ্যাঁ – অনুগ্রহ করে আপনার শিশুর ব্যবস্থাপত্রের ঔষধপত্র ও ডোজ নিচের বাক্সে লিখুন</p> <p>সাক্ষাতের সময় অনুগ্রহ করে আপনার শিশুর কোনো ব্যবস্থাপত্র বা ঔষধপত্র সাথে নিয়ে আসুন</p> <table border="1" data-bbox="826 1088 1453 1525"> <thead> <tr> <th>নাম</th> <th>ডোজ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	নাম	ডোজ		
Name	Dose								
নাম	ডোজ								
<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.21 পরবর্তী কয়েক সপ্তাহে এই ঔষধপত্রের কোনোটি শেষ হয়ে যাওয়ার ব্যাপারে আপনি কি উদ্বেগ?</p> <p><input type="checkbox"/> না  <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>								
<p>2.22 Does your child 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?</p>	<p>2.22 আপনার শিশু কি এমন কোনো ঔষধ সেবন করে যা কোনো স্বাস্থ্য বিষয়ক পেশাজীবী সুপারিশ করেননি, যেমন, কোনো ফার্মেসি/দোকান/ইন্টারনেট থেকে ক্রয় করেছেন বা বিদেশ থেকে সরবরাহ করা হয়েছে?</p>								

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – <i>please list medicines and doses in the box below</i>  <p><b>Please bring any medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 481 778 913"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ – <i>অনুগ্রহ করে ঔষধপত্র ও ডোজ নিচের বাক্সে লিখুন</i>  <p><i>সাক্ষাতের সময় অনুগ্রহ করে আপনার শিশুর কোনো ঔষধপত্র সাথে নিয়ে আসুন</i></p> <table border="1" data-bbox="831 517 1458 958"> <thead> <tr> <th>নাম</th> <th>ডোজ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	নাম	ডোজ		
Name	Dose								
নাম	ডোজ								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.23 কোনো ঔষধে আপনার শিশুর কি অ্যালার্জি আছে?</p> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ								
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.24 অন্য কিছুতে কি আপনার শিশুর অ্যালার্জি আছে? (যেমন, খাবার, পোকামাকড়ের হুল, রাবারের গ্লাভস)?</p> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ								
<p><b>Section three: Vaccinations</b></p>	<p>অনুচ্ছেদ তিন: টিকা গ্রহণ</p>								
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?</p> <p><b>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>3.1 আপনার শিশু যে দেশে জন্মগ্রহণ করেছে সে দেশে তাদের বয়সীদের জন্য যেসকল টিকা দেওয়া হয় তার সবগুলো কি আপনার শিশু গ্রহণ করেছে?</p> <p><i>যদি টিকা গ্রহণের কোনো রেকর্ড আপনার কাছে থাকে তবে সাক্ষাতের সময় অনুগ্রহ করে তা সাথে নিয়ে আসবেন।</i></p> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> আমি জানি না								

<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 আপনার শিশুকে কি যক্ষ্মার (TB) টিকা দেওয়া হয়েছিল?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> আমি জানি না</p>
<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.3 আপনার শিশুকে কি কোভিড-19-এর টিকা দেওয়া হয়েছিল?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ডোজ</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ডোজ</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ডোজ</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ডোজের বেশি</p> <p><input type="checkbox"/> আমি জানি না</p>
<p>If there is something relating to your child's health 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>আপনার শিশুর স্বাস্থ্য সম্পর্কে এই ফর্মে আপনি শেয়ার করতে স্বচ্ছন্দ বোধ করেন না এবং আপনি কোনো ডাক্তারের সাথে আলোচনা করতে ইচ্ছুক এমন কোনো বিষয় যদি থাকে, তবে আপনার GP-কে কল করুন এবং একটি অ্যাপয়েন্টমেন্ট বুক করে নিন।</p>