

| English | Gujarati |
|---|---|
| <p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p> | <p>UK માં નવા આવેલા સ્થળાંતર કરનારા લોકો માટે દર્દી પ્રશ્નાવલિ</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>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>તમારા જવાબો તમારી GP પ્રેક્ટિસમાં પરત કરો.</p> |
| <p>Section one: Personal details</p> | <p>વિભાગ એક: વ્યક્તિગત વિગતો</p> |
| <p>Full name:</p> | <p>પૂરું નામ:</p> |
| <p>Address:</p> | <p>સરનામું:</p> |

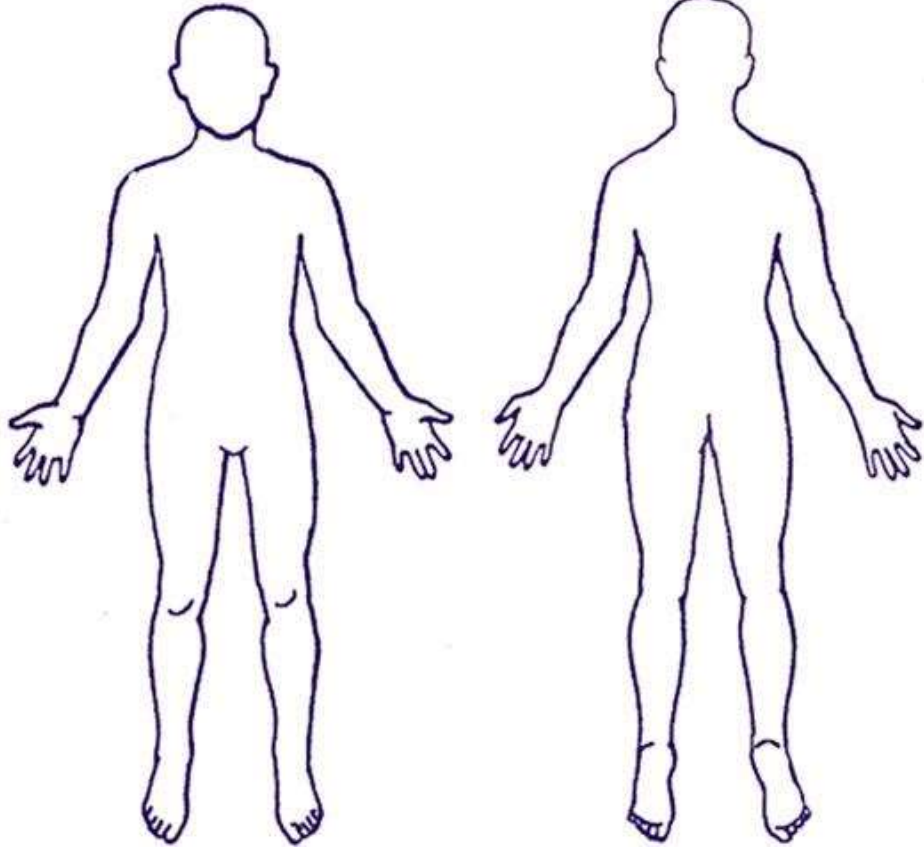
| | |
|--|---|
| | |
| Telephone number: | ટેલિફોન નંબર: |
| Email address: | ઈમેઈલ સરનામું: |
| Please complete all questions and tick all the answers that apply to you. | કૃપા કરીને બધા પ્રશ્નો પૂર્ણ કરો અને તમને લાગુ પડે છે તે દરેક ઉત્તર પર ટિક કરો. |
| 1.1 Date questionnaire completed: | 1.1 પ્રશ્નાવલી પૂર્ણ થયાની તારીખ: |
| 1.2 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 નીચેનામાંથી શું તમારા બાળક માટે શ્રેષ્ઠ વર્ણન કરે છે: <input type="checkbox"/> પુરુષ <input type="checkbox"/> સ્ત્રી <input type="checkbox"/> અન્ય <input type="checkbox"/> કહેવાનું પસંદ કરતાં નથી |
| 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 શું આ એ જ લિંગ છે જે જન્મ સમયે તમારું લિંગ હતું? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> કહેવાનું પસંદ કરતાં નથી |
| 1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____ | 1.4 જન્મ તારીખ: તારીખ _____ મહિનો _____ વર્ષ |
| 1.5 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion | 1.5 ધર્મ: <input type="checkbox"/> બૌદ્ધ <input type="checkbox"/> ખ્રિસ્તી <input type="checkbox"/> હિન્દુ <input type="checkbox"/> યહૂદી <input type="checkbox"/> મુસ્લિમ |

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> શીખ <input type="checkbox"/> અન્ય ધર્મ <input type="checkbox"/> કોઈ ધર્મ નહીં |
| 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 વૈવાહિક સ્થિતિ: <input type="checkbox"/> પરિણીત/સિવિલ પાર્ટનર <input type="checkbox"/> છૂટાછેડા <input type="checkbox"/> વિધવા/વિધુર <input type="checkbox"/> ઉપરોક્તમાંથી કોઈ નહીં |
| 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 જાતીય અભિગમ: <input type="checkbox"/> વિજાતીય (વિરોધી લિંગ પ્રત્યે આકર્ષિત) <input type="checkbox"/> હોમોસેક્સ્યુઅલ (સમાન લિંગ પ્રત્યે આકર્ષિત) <input type="checkbox"/> ઉભયલિંગી (પુરુષો અને સ્ત્રીઓ પ્રત્યે આકર્ષિત) <input type="checkbox"/> કહેવાનું પસંદ કરતાં નથી <input type="checkbox"/> અન્ય |
| 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 મુખ્ય બોલાતી ભાષા: <input type="checkbox"/> આલ્બેનિયન <input type="checkbox"/> અરબી <input type="checkbox"/> દારી <input type="checkbox"/> અંગ્રેજી <input type="checkbox"/> ફારસી <input type="checkbox"/> અન્ય <input type="checkbox"/> રશિયન <input type="checkbox"/> ટાઇગ્રિન્યા <input type="checkbox"/> યુક્રેનિયન <input type="checkbox"/> ઉર્દુ <input type="checkbox"/> વિયેતનામીસ |
| 1.9 Second 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 <input type="checkbox"/> None | 1.9 બીજી બોલાતી ભાષા: <input type="checkbox"/> આલ્બેનિયન <input type="checkbox"/> અરબી <input type="checkbox"/> દારી <input type="checkbox"/> અંગ્રેજી <input type="checkbox"/> ફારસી <input type="checkbox"/> અન્ય <input type="checkbox"/> રશિયન <input type="checkbox"/> ટાઇગ્રિન્યા <input type="checkbox"/> યુક્રેનિયન <input type="checkbox"/> ઉર્દુ <input type="checkbox"/> વિયેતનામીસ <input type="checkbox"/> કોઈ નહીં |

| | |
|--|--|
| | 1.10 |
| 1.10 Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 1.10 શું તમને દુભાષિયાની જરૂર છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> પુરુષ <input type="checkbox"/> સ્ત્રી <input type="checkbox"/> મને કોઈ વાંધો નથી |
| 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 શું તમે તમારી પોતાની ભાષામાં વાંચી શકો છો? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> મને વાંચવામાં મુશ્કેલી પડે છે |
| 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 | 1.13 શું તમે તમારી પોતાની ભાષામાં લખી શકો છો? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> મને લખવામાં મુશ્કેલી પડે છે |
| 1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 1.14 શું તમને સાઇન ભાષા સમર્થનની જરૂર છે? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 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: |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> | <p><u>Next of kin</u></p> | <p>નજીકના સંબંધીઓ</p> <p>નામ:</p> <p>સંપર્ક ટેલિફોન નંબર:</p> <p>સરનામું:</p> |
| <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> | <p>Emergency contact (if different)</p> | <p>કટોકટી સંપર્ક (જો અલગ હોય તો)</p> <p>નામ:</p> <p>સંપર્ક ટેલિફોન નંબર:</p> <p>સરનામું:</p> <p>1.16</p> |
| <p>Section two: Health questions</p> | | <p>વિભાગ બે: આરોગ્ય અંગેના પ્રશ્નો</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 શું તમે હાલમાં અસ્વસ્થતા અથવા માંદગી અનુભવો છો?</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 શું તમને તમારી સ્વાસ્થ્ય સમસ્યા માટે તાત્કાલિક સહાયની જરૂર છે?</p> <p><input type="checkbox"/> ના</p> <p><input type="checkbox"/> હા</p> | |
| <p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> | <p>2.3 શું તમને હાલમાં નીચેના પૈકી કોઈ લક્ષણો છે? કૃપા કરીને લાગુ પડે તે પર ટિક કરો</p> <p><input type="checkbox"/> વજન ઘટવું</p> | |

| | |
|---|---|
| <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 | <input type="checkbox"/> ખાંસી <input type="checkbox"/> ખાંસીમાં લોહી આવવું <input type="checkbox"/> રાત્રે પરસેવો થવો <input type="checkbox"/> અતિશય થાક <input type="checkbox"/> ધાસ લેવામાં મુશ્કેલી <input type="checkbox"/> તાવ <input type="checkbox"/> ઝાડા થવા <input type="checkbox"/> ત્વચાની બીમારી અથવા ઉઝરડા <input type="checkbox"/> પેશાબમાં લોહી આવવું <input type="checkbox"/> મળમાં લોહી આવવું <input type="checkbox"/> માથાનો દુખાવો <input type="checkbox"/> પીડા <input type="checkbox"/> લો મૂડ <input type="checkbox"/> હતાશા <input type="checkbox"/> દુઃખદાયક ફ્લેશબેક અથવા ખરાબ સપના <input type="checkbox"/> ઊંઘ આવવામાં મુશ્કેલી <input type="checkbox"/> એવું લાગે છે કે તમે તમારા વિચારો અથવા ક્રિયાઓને નિયંત્રિત કરી શકતા નથી <input type="checkbox"/> એવી લાગણી થવી કે તમે તમારી જાતને નુકસાન પહોંચાડવા માંગો છો અથવા જીવન સમાપ્ત કરવા માંગો છો <input type="checkbox"/> અન્ય |
| <p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p> | <p>2.4કૃપા કરીને શરીરની છબી પર તે વિસ્તાર(રો)ને ચિહ્નિત કરો જ્યાં તમે તમારી વર્તમાન સ્વાસ્થ્ય સમસ્યા(ઓ)નો અનુભવ કરી રહ્યાં છો.</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>2.5 શું તમને કોઈ ઓળખી શકાય તેવી સ્વાસ્થ્ય સમસ્યાઓ છે જે ચાલુ છે?</p> <p><input type="checkbox"/> ના</p> <p><input type="checkbox"/> હા</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: 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"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> | <p>2.6 શું તમને નીચેનામાંથી કોઈ બીમારી છે અથવા ક્યારેય હતી ? કૃપા કરીને લાગુ પડે તે દરેક પર ટિક કરો</p> <p><input type="checkbox"/> સંધિવા</p> <p><input type="checkbox"/> અસ્થમા</p> <p><input type="checkbox"/> રક્તની વિકૃતિ</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> સિકલ સેલ એનિમિયા</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> થેલેસેમિયા</p> <p><input type="checkbox"/> કેન્સર</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"/> દાંતની સમસ્યા <input type="checkbox"/> ડાયાબિટીસ <input type="checkbox"/> આંચકી <input type="checkbox"/> આંખની સમસ્યા <input type="checkbox"/> હૃદયની સમસ્યા <input type="checkbox"/> હિપેટાઇટીસ B <input type="checkbox"/> હિપેટાઇટીસ C <input type="checkbox"/> HIV અથવા AIDS <input type="checkbox"/> ઉચ્ચ બ્લડ પ્રેશર <input type="checkbox"/> કિડનીની સમસ્યા <input type="checkbox"/> યકૃતની સમસ્યા <input type="checkbox"/> લાંબા ગાળાની ફેફસાની સમસ્યા/શ્વાસ લેવામાં તકલીફ <input type="checkbox"/> માનસિક સ્વાસ્થ્ય સમસ્યાઓ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> લો મૂડ/ડિપ્રેશન <input type="checkbox"/> હતાશા <input type="checkbox"/> પોસ્ટ ટ્રોમેટિક સ્ટ્રેસ ડિસઓર્ડર (PTSD) <input type="checkbox"/> ભૂતકાળમાં પહેલાં સ્વ-નુકસાન <input type="checkbox"/> આત્મહત્યાનો પ્રયાસ <input type="checkbox"/> અન્ય <input type="checkbox"/> ઓસ્ટિયોપોરોસિસ <input type="checkbox"/> ત્વચાના રોગો <input type="checkbox"/> સ્ટ્રોક <input type="checkbox"/> થાઇરોઇડના રોગ <input type="checkbox"/> ટ્યુબરક્યુલોસિસ (TB) <input type="checkbox"/> અન્ય |
| <p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <p>2.7 શું તમારું ક્યારેય કોઈ ઓપરેશન / સર્જરી થઈ છે?</p> <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા |
| <p>2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this?</p> <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago | <p>2.8 જો તમારી પાસે ઓપરેશન / સર્જરી થઈ હોય, તો આ કેટલા સમય પહેલા થયું હતું?</p> |

| <input type="checkbox"/> Over 3 years ago | <input type="checkbox"/> છેલ્લા 12 મહિનામાં <input type="checkbox"/> 1 – 3 વર્ષ પહેલા <input type="checkbox"/> 3 વર્ષ પહેલા | | | | |
|---|--|------|--|--|--|
| 2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 2.9શું તમને યુદ્ધ, સંઘર્ષ અથવા ત્રાસથી કોઈ શારીરિક ઈજા થઈ છે? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા | | | | |
| 2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 2.10શું તમને કોઈ માનસિક સ્વાસ્થ્ય સમસ્યાઓ છે? જેમાં યુદ્ધ, સંઘર્ષ, ત્રાસ અથવા તમારા દેશથી ભાગી જવાની ફરજ પડી છે? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> કેન્સર <input type="checkbox"/> ડાયાબિટીસ <input type="checkbox"/> ડિપ્રેશન/માનસિક સ્વાસ્થ્ય બીમારી <input type="checkbox"/> હૃદયરોગનો હુમલો <input type="checkbox"/> ઉચ્ચ બ્લડ પ્રેશર <input type="checkbox"/> સ્ટ્રોક <input type="checkbox"/> અન્ય | | | | |
| 2.12 Are you on any prescribed medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list your prescribed medicines and doses in the box below Please bring any prescriptions or medications to your appointment <table border="1" data-bbox="135 1982 762 2018"> <thead> <tr> <th data-bbox="135 1982 550 2018">Name</th> <th data-bbox="550 1982 762 2018">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Name | Dose | | | 2.12 શું તમે કોઈ સૂચિત દવાઓ લો છો? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા <p>-કૃપા કરીને નીચે આપેલા બોક્સમાં તમારી</p> |
| Name | Dose | | | | |
| | | | | | |

| | | <p>સૂચિત દવાઓ અને ડોઝની યાદી લખો કૃપા કરીને તમારી મુલાકાતમાં કોઈપણ પ્રિસ્ક્રિપ્શન અથવા દવાઓ સાથે લઈ આવો</p> <table border="1" data-bbox="810 394 1437 779"> <thead> <tr> <th>નામ</th> <th>ડોઝ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | નામ | ડોઝ | | | | | |
|---|--|--|-----|-----|--|-----|-----|------|--|
| નામ | ડોઝ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| <p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>2.13શું તમે આગામી અઠવાડિયામાં આ દવાઓસમાપ્ત થશે તે વિશે ચિંતિત છો? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p> | | | | | | | | |
| <p>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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i> Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="137 1547 762 1955"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Name | Dose | | | <p>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? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p> <p>- કૃપા કરીને નીચેના બોક્સમાં આવી દવાઓ અને ડોઝની યાદી આપો</p> <p>કૃપા કરીને તમારા બાળકની મુલાકાત સમયે કોઈપણ દવાઓ સાથે લાવો</p> <table border="1" data-bbox="810 1771 1437 1883"> <thead> <tr> <th>નામ</th> <th>ડોઝ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.15</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | નામ | ડોઝ | 2.15 | |
| Name | Dose | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| નામ | ડોઝ | | | | | | | | |
| 2.15 | | | | | | | | | |
| <p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> | <p>2.15 શું તમને કોઈ દવાઓથી એલર્જી છે?</p> | | | | | | | | |

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

| | |
|---|---|
| <p> <input type="checkbox"/> Monthly or less <input type="checkbox"/> 2-4 times per month <input type="checkbox"/> 2-3 times per week <input type="checkbox"/> 4 or more times per week </p> <p>There is 1 unit of alcohol in:</p> <p> ½ pint glass of beer</p> <p> 1 small glass of wine</p> <p> 1 single measure of spirits</p> | <p> <input type="checkbox"/> એક મહિને અથવા ઓછું <input type="checkbox"/> મહિનામાં 2-4 વાર <input type="checkbox"/> અઠવાડિયામાં 2-3 વાર <input type="checkbox"/> અઠવાડિયામાં 04 અથવા વધુ વખત </p> <p>તેમાં દારૂનું 1 એકમ છે:</p> <p> બિયરનો ½ પિન્ટ ગ્લાસ</p> <p> 1 નાનો વાઇન ગ્લાસ</p> <p> સ્પિરિટનું 1 એકમ</p> |
| <p>3.2 How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p> <input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 or more </p> | <p>3.2 જો તમે પીતા હો ત્યારે તમે એક સામાન્ય દિવસમાં કેટલા એકમ દારૂ પીવો છો?</p> <p> <input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 અથવા વધુ </p> |
| <p>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?</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>3.3 છેલ્લા વર્ષમાં એક જ પ્રસંગમાં સ્ત્રી તમારી સાથે હોય તો 6 કે તેથી વધુ એકમ અથવા પુરુષ સાથે હોય તો 8 કે તેથી વધુ એકમ કેટલી વાર લ્યો છો?</p> <p> <input type="checkbox"/> ક્યારેય નહીં <input type="checkbox"/> એક મહિના કરતાં ઓછું <input type="checkbox"/> મહિને </p> |

| | |
|---|--|
| | <input type="checkbox"/> અઠવાડિયે <input type="checkbox"/> દરરોજ અથવા દરેક દિવસે |
| <p>3.4 Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes | <p>3.4 શું તમે કોઈ એવી દવાઓ લો છો જે તમારા સ્વાસ્થ્ય માટે હાનિકારક હોય દા.ત. કેનાબીસ, કોકેઈન, હેરોઈન?</p> <input type="checkbox"/> ક્યારેય નહીં <input type="checkbox"/> મેં એવી દવાઓ લેવાનું છોડી દીધું છે જે હાનિકારક હોઈ શકે છે <input type="checkbox"/> હા |
| <p>3.5 Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____ | <p>3.5 શું તમે ધૂમ્રપાન કરો છો?</p> <input type="checkbox"/> ક્યારેય નહીં <input type="checkbox"/> મેં ધૂમ્રપાન છોડી દીધું છે <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> સિગારેટ દિવસમાં કેટલી? _____ |
| <p>How many years have you smoked for? _____</p> <input type="checkbox"/> Tobacco <p>Would you like help to stop smoking?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <p>તમે કેટલા વર્ષોથી ધૂમ્રપાન કરો છો? _____</p> <input type="checkbox"/> તંબાકુ <p>શું તમે ધૂમ્રપાન બંધ કરવામાં મદદ લેવા માંગો છો?</p> <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના |
| <p>3.6 Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes | <p>3.6 શું તમે તમાકુ ચાવો છો?</p> <input type="checkbox"/> ક્યારેય નહીં <input type="checkbox"/> મેં તમાકુ લેવાનું છોડી દીધું છે <input type="checkbox"/> ના |

| | |
|--|--|
| <p>Section four: Vaccinations</p> | <p>વિભાગ ચાર: રસીકરણ</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> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p> | <p>4.1 શું તમને તમારા બાળપણમાં યોગ્ય એવી 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.</p> <p><input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> મને ખબર નથી</p> |
| <p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p> | <p>4.2 શું તમને ટ્યુબરક્યુલોસિસ (TB) માટેની રસી આપવામાં આવી છે?</p> <p><input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> મને ખબર નથી</p> |
| <p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p> | <p>4.3 શું તમને COVID-19 ની રસી આપવામાં આવી છે?</p> <p><input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ડોઝ <input type="checkbox"/> 2 ડોઝ <input type="checkbox"/> 3 ડોઝ <input type="checkbox"/> 3 કરતાં વધુ ડોઝ</p> <p><input type="checkbox"/> મને ખબર નથી</p> |
| <p>Section five: Questions for female patients only</p> | <p>વિભાગ પાંચ: માત્ર મહિલા દર્દીઓ માટે પ્રશ્નો</p> |
| <p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>How many weeks pregnant are you?</p> | <p>5.1 શું તમે ગર્ભવતી છો?</p> <p><input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હું ગર્ભવતી હોય શકું છું <input type="checkbox"/> હા</p> |

| | |
|---|---|
| | તમે કેટલા અઠવાડિયાના ગર્ભવતી છો? _____ |
| <p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>What method do you use?</p> <p><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>5.2 શું તમે ગર્ભનિરોધકનો ઉપયોગ કરો છો?</p> <p><input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p> <p>તમે કઈ પદ્ધતિનો ઉપયોગ કરો છો?</p> <p><input type="checkbox"/> અવરોધ ગર્ભનિરોધક દા.ત. કોન્ડોમ, જેલ <input type="checkbox"/> મૌખિક ગર્ભનિરોધક ગોળી <input type="checkbox"/> કોપર કોઇલ/ઇન્ટ્રા યુટેરિન ડિવાઇસ (IUD) <input type="checkbox"/> હોર્મોનલ કોઇલ/ઇન્ટ્રા યુટેરિન સિસ્ટમ (IUS) દા.ત. મિરેના <input type="checkbox"/> ગર્ભનિરોધક ઈન્જેક્શન <input type="checkbox"/> ગર્ભનિરોધક પ્રત્યારોપણ <input type="checkbox"/> અન્ય</p> |
| <p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>5.3 શું તમને તાત્કાલિક કોઈ ગર્ભનિરોધકની જરૂર છે?</p> <p><input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</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>5.4 શું તમે ક્યારેય સર્વાઇકલ સ્મીયર અથવા સ્મીયર પરીક્ષણ કરાવ્યું છે? તમારા સર્વિક્સના સ્વાસ્થ્યની તપાસ કરવા અને સર્વાઇકલ કેન્સરને રોકવામાં મદદ કરવા માટે આ એક પરીક્ષણ છે.</p> <p><input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> હું વધુ માહિતી મેળવવા માગું છું</p> |
| <p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation</p> | <p>5.5 શું તમે હિસ્ટેરેક્ટમી (તમારા ગર્ભાશય અને</p> |

| | |
|--|--|
| <p>to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>સર્વિક્સને દૂર કરવા માટેનું ઓપરેશન) કરાવ્યું છે?</p> <p><input type="checkbox"/> ના</p> <p><input type="checkbox"/> હા</p> |
| <p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>5.6 મહિલા દર્દી તરીકે શું કોઈ ખાસ ખાનગી માહિતી છે જે તમે હેલ્થકેર પ્રોફેશનલ સાથે તમારી આગામી એપોઇન્ટમેન્ટમાં ચર્ચા/વાત કરવા માંગો છો?</p> <p><input type="checkbox"/> ના</p> <p><input type="checkbox"/> હા</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>જો એવી કોઈ માહિતી હોય કે જે તમે આ ફોર્મમાં શેર કરવા ઇચ્છતા નથી અને તમે ડૉક્ટર સાથે તેની ચર્ચા કરવા માંગો છો, તો કૃપા કરીને તમારા GP ને કોલ કરો અને એપોઇન્ટમેન્ટ બુક કરો.</p> |