

English	हिंदी
<p><b>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</b></p>	<p>यूके में नए पहुँचे प्रवासियों के लिए नई रोगी 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>सभी के पास एक GP के साथ रजिस्टर करने का अधिकार है। आपके पास एक GP के साथ रजिस्टर करने के लिए एड्रेस, इमिग्रेशन स्टेटस, ID का सबूत या NHS नंबर होने की ज़रूरत नहीं है।</p> <p>यह प्रश्नावली आपके स्वास्थ्य के बारे में जानकारी एकत्र करने के लिए है ताकि आपकी GP प्रैक्टिस में हेल्थ प्रोफेशनल समझ सकें कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा की गोपनीयता और डेटा साझाकरण नीतियों के अनुसार आपको किस सहायता, इलाज और स्पेशलिस्ट सेवाओं की ज़रूरत हो सकती है।</p> <p>आपका GP आपकी प्रत्यक्ष देखभाल के अलावा अन्य उद्देश्यों के लिए आपके द्वारा प्रदान की गई किसी भी जानकारी का खुलासा नहीं करेगा जब तक कि: आपने सहमति न दी हो (उदाहरण के लिए, मेडिकल रिसर्च को सपोर्ट करने के लिए); कानून द्वारा ऐसा करना आवश्यक न हो (उदाहरण के लिए, अन्य लोगों को गंभीर नुकसान से बचाने के लिए); या क्योंकि इसमें सर्वोपरि सार्वजनिक हित शामिल है (उदाहरण के लिए, आप किसी संक्रामक रोग से पीड़ित हैं)। आपका GP आपकी जानकारी का उपयोग कैसे करेगा, इसके बारे में अधिक जानकारी आपके GP प्रैक्टिस से उपलब्ध है।</p> <p>अपने जवाब अपनी GP प्रैक्टिस को वापस करें।</p>
<p><b>Section one: Personal details</b></p>	<p><b>भाग एक: व्यक्तिगत जानकारी</b></p>
<p>Full name:</p>	<p>पूरा नाम:</p>
<p>Address:</p>	<p>एड्रेस:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>टेलिफोन नंबर:</p>
<p>Email address:</p>	<p>ईमेल एड्रेस:</p>

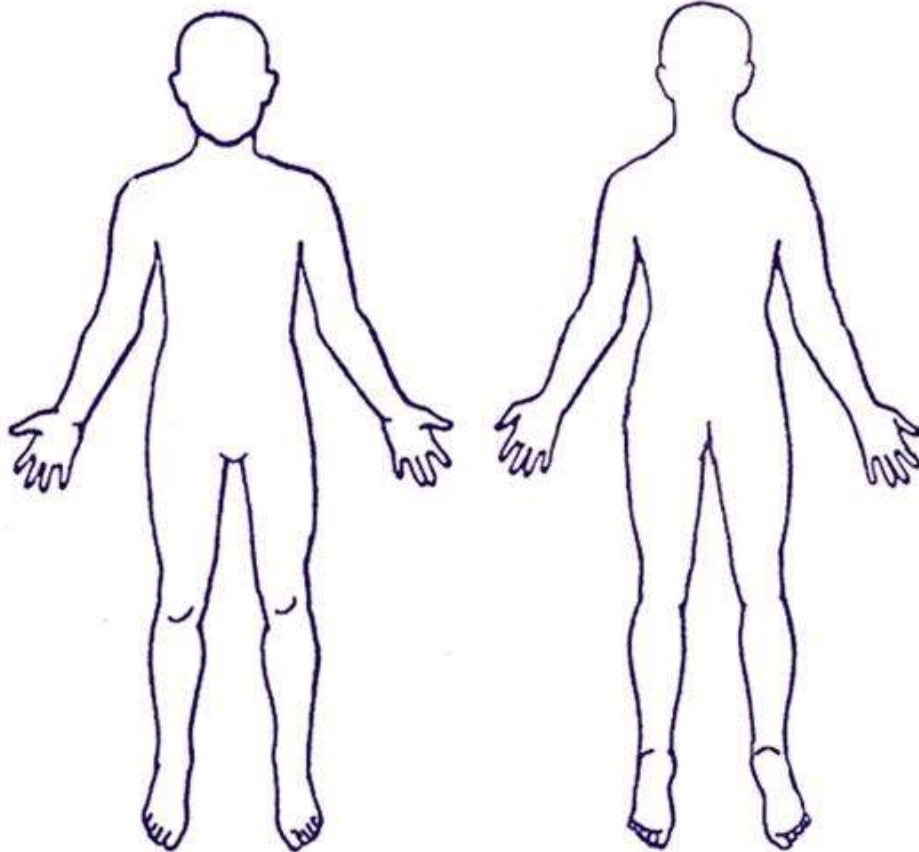
<b>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</b>	कृपया सभी सवाल पूरे करें और वे सभी जवाब चुनें जो आप पर लागू होते हैं।
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 प्रश्नावली पूरी करने की तारीख:
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प आपका बखूबी वर्णन करता है? <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> बताना नहीं चाहते/ती
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 क्या यह वही लिंग जो आपको जन्म के समय दिया गया था? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> बताना नहीं चाहते/ती
1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year	1.4 जन्म तारीख: तारीख _____ महीना _____ वर्ष _____
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 धर्म: <input type="checkbox"/> बौद्ध धर्म <input type="checkbox"/> इसाई धर्म <input type="checkbox"/> हिंदू <input type="checkbox"/> यहूदी <input type="checkbox"/> मुसलमान <input type="checkbox"/> सिख <input type="checkbox"/> अन्य धर्म <input type="checkbox"/> कोई धर्म नहीं
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 वैवाहिक स्थिति: <input type="checkbox"/> शादीशुदा/सिविल पार्टनर <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> विधवा/विधुर

	<input type="checkbox"/> उपरोक्त में से कोई नहीं
<p>1.7 Sexual Orientation:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex)</p> <p><input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex)</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>1.7 यौन रुझान:</p> <p><input type="checkbox"/> इतरलिंगी (विपरीत लिंग की ओर आकर्षित)</p> <p><input type="checkbox"/> समलिंगी (समान लिंग की ओर आकर्षित)</p> <p><input type="checkbox"/> द्विलिंगी (पुरुषों और महिलाओं दोनों की ओर आकर्षित)</p> <p><input type="checkbox"/> बताना नहीं चाहते/ती</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p>
<p>1.8 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian                      <input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic                            <input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Dari                                 <input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> English                           <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persian                           <input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>1.8 मुख्य तौर पर बोली जाने वाली भाषाएँ:</p> <p><input type="checkbox"/> अल्बानियाई                      <input type="checkbox"/> रूसी</p> <p><input type="checkbox"/> अरबी                                <input type="checkbox"/> टिग्रिनिया</p> <p><input type="checkbox"/> दरी                                  <input type="checkbox"/> यूक्रेनियाई</p> <p><input type="checkbox"/> अंग्रेज़ी                           <input type="checkbox"/> उर्दू</p> <p><input type="checkbox"/> फारसी                             <input type="checkbox"/> वियतनामी</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p>
<p>1.9 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian                      <input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic                            <input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Dari                                 <input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> English                           <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persian                           <input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> Other                                <input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.9 दूसरी बोली जाने वाली भाषा:</p> <p><input type="checkbox"/> अल्बानियाई                      <input type="checkbox"/> रूसी</p> <p><input type="checkbox"/> अरबी                                <input type="checkbox"/> टिग्रिनिया</p> <p><input type="checkbox"/> दरी                                  <input type="checkbox"/> यूक्रेनियाई</p> <p><input type="checkbox"/> अंग्रेज़ी                           <input type="checkbox"/> उर्दू</p> <p><input type="checkbox"/> फारसी                             <input type="checkbox"/> वियतनामी</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य                                 <input type="checkbox"/> कोई नहीं</p>
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.10 क्या आपको एक दुभाषिए की ज़रूरत है?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</p>
<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p>	<p>1.11 क्या आप एक पुरुष दोभाषिया पसंद करेंगे या महिला दोभाषिया? कृपया जान लें कि दोभाषिए की उपलब्धता पर निर्भर करते हुए यह हो सकता है कि हमेशा आपकी पसंद को पूरा करना संभव न हो।</p>

<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> मुझे ऐतराज़ नहीं				
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 क्या आप अपनी खुद की भाषा में पढ़ सकते हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> मुझे पढ़ने में मुश्किल होती है				
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 क्या आप अपनी खुद की भाषा में लिख पाते हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> मुझे लिखने में मुश्किल होती है				
1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.14 क्या आपको संकेत भाषा को लेकर सहायता चाहिए? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ				
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency: <table border="1" data-bbox="135 1272 794 1843"> <tr> <td data-bbox="135 1272 422 1843"> Name:   Contact telephone number:   Address: </td> <td data-bbox="422 1272 794 1843"> <u>Next of kin</u> </td> </tr> </table>	Name:  Contact telephone number:  Address:	<u>Next of kin</u>	1.15 कृपया अपने करीबी रिश्तेदार और/या किसी ऐसे व्यक्ति की जानकारी दें जिनके साथ हम एमरजेंसी में संपर्क कर सकते हैं: <table border="1" data-bbox="817 1294 1477 1843"> <tr> <td data-bbox="817 1294 1098 1843"> नाम:   संपर्क का टेलिफोन नंबर:   एड्रेस: </td> <td data-bbox="1098 1294 1477 1843"> <u>करीबी रिश्तेदार</u> </td> </tr> </table>	नाम:  संपर्क का टेलिफोन नंबर:  एड्रेस:	<u>करीबी रिश्तेदार</u>
Name:  Contact telephone number:  Address:	<u>Next of kin</u>				
नाम:  संपर्क का टेलिफोन नंबर:  एड्रेस:	<u>करीबी रिश्तेदार</u>				

<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<p>नाम:</p> <p>संपर्क का टेलिफोन नंबर:</p> <p>एड्रेस:</p>	<p>एमरजेंसी संपर्क (अगर अलग है तो)</p>
<p><b>Section two: Health questions</b></p>		<p><b>भाग दो: स्वास्थ्य से जुड़े सवाल</b></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 क्या इस समय आपकी तबियत खराब है या आपको बुखार है?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</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 क्या आपको आपकी स्वास्थ्य समस्या के लिए अर्जेंट सहायता चाहिए?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</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><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p> <p><input type="checkbox"/> Breathing problems</p> <p><input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoea</p> <p><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in your urine</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in your stool</p> <p><input type="checkbox"/> Headache</p> <p><input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or</p>		<p>2.3 क्या आपको इस समय इनमें से कोई लक्षण हैं? कृपया लागू होने वाले सभी विलक्ष्यों पर सही का निशान लगाएँ</p> <p><input type="checkbox"/> वज़न कम होना</p> <p><input type="checkbox"/> खांसी</p> <p><input type="checkbox"/> खांसते समय खून आना</p> <p><input type="checkbox"/> सोते समय पसीने आना</p> <p><input type="checkbox"/> बेहद थकावट होनी</p> <p><input type="checkbox"/> साँस लेने से जुड़ी समस्याएँ</p> <p><input type="checkbox"/> बुखार</p> <p><input type="checkbox"/> दस्त</p> <p><input type="checkbox"/> त्वचा को लेकर शिकायतें या खाज</p>	

<p>nightmares</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</p> <p><input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions</p> <p><input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p><input type="checkbox"/> आपके पिशाब में खून</p> <p><input type="checkbox"/> आपकी लैटरिन में खून</p> <p><input type="checkbox"/> सरदर्द</p> <p><input type="checkbox"/> दर्द</p> <p><input type="checkbox"/> उदास मन</p> <p><input type="checkbox"/> व्यग्रता</p> <p><input type="checkbox"/> परेशान करने वाली पुरानी यादें या बुरे सपने आना</p> <p><input type="checkbox"/> सोने में मुश्किल होना</p> <p><input type="checkbox"/> ऐसा महसूस करना कि आपका अपने विचारों या कार्यों पर नियंत्रण नहीं है</p> <p><input type="checkbox"/> ऐसा महसूस करना कि आप खुद को नुकसान पहुँचाना चाहते हैं या जीवन से आपका विश्वास उठ गया है</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p>
<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 शरीर की छवि पर उस क्षेत्र (क्षेत्रों) पर निशान लगाएँ जहाँ इस समय आप शारीरिक समस्या (समस्याओं) का सामना कर रहे हैं</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 क्या आपको किसी ऐसी स्वास्थ्य समस्याओं के बारे में पता है जो इस समय चल रही हैं?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</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><input type="checkbox"/> HIV or AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney problems</p> <p><input type="checkbox"/> Liver problems</p> <p><input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health problems</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Low mood/depression</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Attempted suicide</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Skin disease</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroid disease</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.6 क्या आपको निम्नलिखित बिमारी है या कभी भी रही है? कृपया लागू होने वाले सभी विकल्पों पर सही का निशान लगाएँ</p> <p><input type="checkbox"/> गठिया</p> <p><input type="checkbox"/> दमा</p> <p><input type="checkbox"/> रक्त रोग</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> सिकल सेल अनीमिया</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> थैलेसीमिया</p> <p><input type="checkbox"/> कैंसर</p> <p><input type="checkbox"/> दाँतों से जुड़ी समस्याएँ</p> <p><input type="checkbox"/> मधुमेह</p> <p><input type="checkbox"/> मिरगी</p> <p><input type="checkbox"/> आँखों से जुड़ी समस्याएँ</p> <p><input type="checkbox"/> दिल से जुड़ी समस्याएँ</p> <p><input type="checkbox"/> हैपेटाइटिस बी</p> <p><input type="checkbox"/> हैपेटाइटिस सी</p> <p><input type="checkbox"/> HIV या AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> हाई ब्लड प्रेशर</p> <p><input type="checkbox"/> गुर्दे से जुड़ी समस्याएँ</p> <p><input type="checkbox"/> जिगर से जुड़ी समस्याएँ</p> <p><input type="checkbox"/> फेफड़ों/साँस लेने से जुड़ी दीर्घकालिक मुश्किलें</p> <p><input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याएँ</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> उदास मन/डिप्रेशन</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> व्यग्रता</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> पोस्ट-ट्रॉमैटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (PTSD)</p>

	<input type="checkbox"/> पहले खुद को नुकसान पहुँचाया <input type="checkbox"/> खुदकुशी करने का प्रयास किया <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> ऑस्टियोपोरोसिस <input type="checkbox"/> त्वचा रोग <input type="checkbox"/> दिमाग का दौरा <input type="checkbox"/> थायरॉयड रोग <input type="checkbox"/> ट्यूबरकुलोसिस (TB) <input type="checkbox"/> अन्य
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 क्या कभी आपका कोई ऑपरेशन / सर्जरी हुई है?</p> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ
<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 <input type="checkbox"/> Over 3 years ago	<p>2.8 अगर आपका ऑपरेशन / सर्जरी हुई थी, तो कितने समय पहले हुआ था?</p> <input type="checkbox"/> पिछले 12 महीनों में <input type="checkbox"/> 1- 3 वर्ष पहले <input type="checkbox"/> 3 से ज़्यादा वर्ष पहले
<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.9 क्या जंग, संघर्ष या टॉर्चर से आपको कभी शारीरिक चोटें आई हैं?</p> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ
<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> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.10 क्या आपको मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी कोई समस्याएँ हैं? यह जंग, संघर्ष, टॉर्चर या अपने देश से निकाले जाने के लिए मजबूर किए जाने से हो सकता है।</p> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ
<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>2.11 कुछ मेडिकल समस्याएँ परिवारों से पीछे चली आ सकती हैं। क्या आपके निकट परिवार (पिता, माता, भाई-बहन, और दादा/दादी/नाना/नानी) का कोई सदस्य निम्नलिखित रोग से बिमार या पीड़ित रहा है? कृपया लागू होने वाले सभी विलक्षणों पर</p>



- Cancer
- Diabetes
- Depression/Mental health illness
- Heart attack
- High blood pressure
- Stroke
- Other

सही का निशान लगाएँ

- कैंसर
- मधुमेह
- डिप्रेशन/मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी समस्या
- दिल का दौरा
- हाई ब्लड प्रेशर
- दिमाग का दौरा
- अन्य

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 क्या आप डॉक्टर द्वारा लिख कर दी गई कोई दवाइयाँ ले रहे हैं?

- नहीं
- हाँ—कृपया नीचे दिए बॉक्स में आपको लिख कर दी गई दवाइयाँ और खुराकें लिस्ट करें  
**कृपया आपको लिख कर दी गई दवाइयाँ या उनकी पर्ची अपनी अपॉइंटमेंट में लाएँ**

नाम	खुराक

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

- No
- Yes

2.13 क्या आपको चिंता है कि इनमें से कोई दवाई अगले कुछ हफ्तों में खत्म हो जाएगी?

- नहीं
- हाँ







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**

2.14 क्या आप कोई ऐसी दवाइयाँ लेते हैं जो किसी हेल्थ प्रोफेशनल द्वारा लिख कर नहीं दी गई हैं जैसे कि वे दवाइयाँ जो आपने किसी फार्मसी/दुकान/इंटरनेट पर खरीदी हैं या विदेश से मंगवाई हैं?

- नहीं
- हाँ—कृपया नीचे दिए बॉक्स में दवाइयाँ और खुराकें लिस्ट करें  
**कृपया अपनी अपॉइंटमेंट पर दवाइयाँ लाएँ**

Name	Dose	नाम	खुराक
<p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.15 क्या आपको किसी दवाइयों से एलर्जी है?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</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>2.16 क्या आपको किसी और चीज़ से एलर्जी है? (उदाहरण के लिए, भोजन, कीड़ों द्वारा काटे जाना, लेटेक्स के दस्ताने)?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</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>2.17 क्या आपको शारीरिक अक्षमताएँ या हिलने-जुलने को लेकर मुश्किलें हैं?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</p>		
<p>2.18 Do you have any sensory impairments? Please tick all that apply</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>2.18 क्या आपको कोई संवेदी खराबी है? कृपया लागू होने वाले सभी विलम्बों पर सही का निशान लगाएँ</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> अंधापन</p> <p><input type="checkbox"/> आंशिक रूप से नज़र चले जाना</p> <p><input type="checkbox"/> पूर्ण रूप से सुनाई न देना</p> <p><input type="checkbox"/> आंशिक रूप से सुनाई न देना</p> <p><input type="checkbox"/> सूँघने और/या स्वाद से जुड़ी समस्याएँ</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 क्या आपको सीखने से जुड़ी कोई समस्याएँ हैं?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</p>		
<p>2.20 Is there any particular private matter</p>	<p>2.20 क्या कोई ऐसा खास निजी मामला है जिस पर</p>		

<p>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>आप अपनी अगली अपॉइंटमेंट पर किसी हेल्थकेयर प्रोफेशनल के साथ चर्चा/बातचीत करना चाहेंगे?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</p>
<p><b>Section three: Lifestyle questions</b></p>	<p><b>भाग तीन: जीवनशैली से जुड़े सवाल</b></p>
<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><i>There is <b>1 unit</b> of alcohol in:</i></p> <p> <i>½ pint glass of beer</i></p> <p> <i>1 small glass of wine</i></p> <p> <i>1 single measure of spirits</i></p>	<p>3.1 आप कितनी अक्सर शराब पीते हैं?</p> <p><input type="checkbox"/> कभी नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> महीने में एक बार या कम</p> <p><input type="checkbox"/> हर महीने 2-4 बार</p> <p><input type="checkbox"/> हर हफ्ते 2-3 बार</p> <p><input type="checkbox"/> हर हफ्ते 4 या अधिक बार</p> <p><i>इनमें शराब की <b>1 यूनिट</b> है:</i></p> <p> <i>बियर का ½ पाइंट ग्लास</i></p> <p> <i>वाइन का 1 छोटा ग्लास</i></p> <p> <i>स्पिरिट्स का 1 सिंगल माप</i></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</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p>	<p>3.2 जब आप शराब पी रहे होते हैं तो आप एक आम दिन में कितने यूनिट शराब पीते हैं?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p>

<input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 or more	<input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 या अधिक
<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> <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>3.3 आपने पिछले वर्ष एक ही बार में कितनी अक्सर 6 या उससे ज़्यादा यूनिट्स लिए हैं (यदि महिला हैं), या 8 से ज़्यादा यूनिट्स लिए हैं (यदि पुरुष हैं)?</p> <input type="checkbox"/> कभी नहीं <input type="checkbox"/> महीने में एक बार से कम <input type="checkbox"/> महीने में एक बार <input type="checkbox"/> हफ्ते में एक बार <input type="checkbox"/> हर रोज़ या लगभग हर रोज़
<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 क्या आप कोई ऐसे ड्रग्स लेते हैं जो आपके स्वास्थ्य के लिए हानिकारक हो सकते हैं जैसे कि, भाँग, कोकेन, हेरोइन?</p> <input type="checkbox"/> कभी नहीं <input type="checkbox"/> मैं ऐसे ड्रग्स लेने छोड़ दिए हैं जो हानिकारक हो सकते हैं <input type="checkbox"/> हाँ
<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 क्या आप सिग्रेट पीते हैं?</p> <input type="checkbox"/> कभी नहीं <input type="checkbox"/> मैंने सिग्रेट पीना छोड़ दिया है <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> सिग्रेट दिन में कितनी? _____
<p>How many years have you smoked for?  _____</p> <input type="checkbox"/> Tobacco	<p>आपने कितने वर्ष सिग्रेट पी है?  _____</p> <input type="checkbox"/> तंबाकू
<p>Would you like help to stop smoking?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>क्या आप सिग्रेट पीना छोड़ने में मदद पाना चाहेंगे?</p> <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

<p>3.6 Do you chew tobacco?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>3.6 क्या आप तंबाकू चबाते हैं?</p> <p><input type="checkbox"/> कभी नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> मैंने तंबाकू चबाना छोड़ दिया है</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</p>
<p><b>Section four: Vaccinations</b></p>	<p><b>भाग चार: टीकाकरण</b></p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?</p> <p><b>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</b></p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.1 क्या आपने अपने मूल देश में बचपन में दी जाने वाली सभी वैक्सीन्स लगवाई हैं?</p> <p><b>अगर आपके पास अपने टीकाकरण इतिहास का रिकॉर्ड है तो कृपया इसे अपनी अपॉइंटमेंट पर लाएँ।</b></p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</p> <p><input type="checkbox"/> मुझे मालूम नहीं</p>
<p>4.2 Have you 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>4.2 क्या आपने ट्यूबरकुलोसिस (TB) की वैक्सीन लगवाई हुई है?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</p> <p><input type="checkbox"/> मुझे मालूम नहीं</p>
<p>4.3 Have you 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>4.3 क्या आपने कोविड-19 की वैक्सीन लगवाई हुई है?</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 खुराक</p> <p><input type="checkbox"/> 2 खुराक</p> <p><input type="checkbox"/> 3 खुराक</p> <p><input type="checkbox"/> 3 से ज़्यादा खुराकें</p> <p><input type="checkbox"/> मुझे मालूम नहीं</p>
<p><b>Section five: Questions for female patients only</b></p>	<p><b>भाग पाँच: केवल महिला मरीज़ों के लिए सवाल</b></p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p>	<p>5.1 क्या आप गर्भवती हैं?</p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes How many weeks pregnant are you? _____	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> मैं गर्भवती हो सकती हूँ <input type="checkbox"/> हाँ आप कितने हफ्ते गर्भवती हैं? _____
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	5.2 क्या आपने गर्भनिरोध का इस्तेमाल किया? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ आप किस विधि का इस्तेमाल करते हैं? <input type="checkbox"/> बैरियर गर्भनिरोध जैसे कि, कंडोम, जेल <input type="checkbox"/> मौखिक गर्भनिरोधक गोली <input type="checkbox"/> कॉपर कॉइल/इंट्रायुटेरिन डिवाइस (IUD) <input type="checkbox"/> हॉर्मोनल कॉइल/इंट्रायुटेरिन सिस्टम (IUS) जैसे कि, मिरेना <input type="checkbox"/> गर्भनिरोधक टीका <input type="checkbox"/> गर्भनिरोधक इंप्लांट <input type="checkbox"/> अन्य
5.3 Do you urgently need any contraception? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.3 क्या आपको अर्जेंटली कोई गर्भनिरोध चाहिए? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ
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. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information	5.4 क्या आपने कभी सर्वाइकल स्मियर या एक स्मियर टेस्ट करवाया है? ये आपकी सर्विक्स के स्वास्थ्य को चेक करने और सर्वाइकल कैंसर को रोकने में मदद करने का एक टेस्ट है। <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> मैं चाहूंगा/गी कि मुझे और जानकारी दी जाए
5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)? <input type="checkbox"/> No	5.5 क्या आपने कभी हिस्टरेक्टमी करवाई है (आपका गर्भाशय और सर्विक्स निकालने का ऑपरेशन)? <input type="checkbox"/> नहीं

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> हाँ
<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> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.6 बतौर एक महिला रोगी, क्या कोई ऐसा खास निजी मामला है जिस पर आप अपनी अगली अपॉइंटमेंट पर किसी हेल्थकेयर प्रोफेशनल के साथ चर्चा/बातचीत करना चाहेंगे?</p> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ
<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>अगर ऐसी कोई बात है जिसे आप इस फॉर्म में साझा करने में सहज महसूस नहीं करते हैं और आप किसी डॉक्टर से इस बारे में बातचीत करना चाहते हैं, तो कृपया अपने GP को कॉल करें और एक अपॉइंटमेंट बुक करें।</p>