

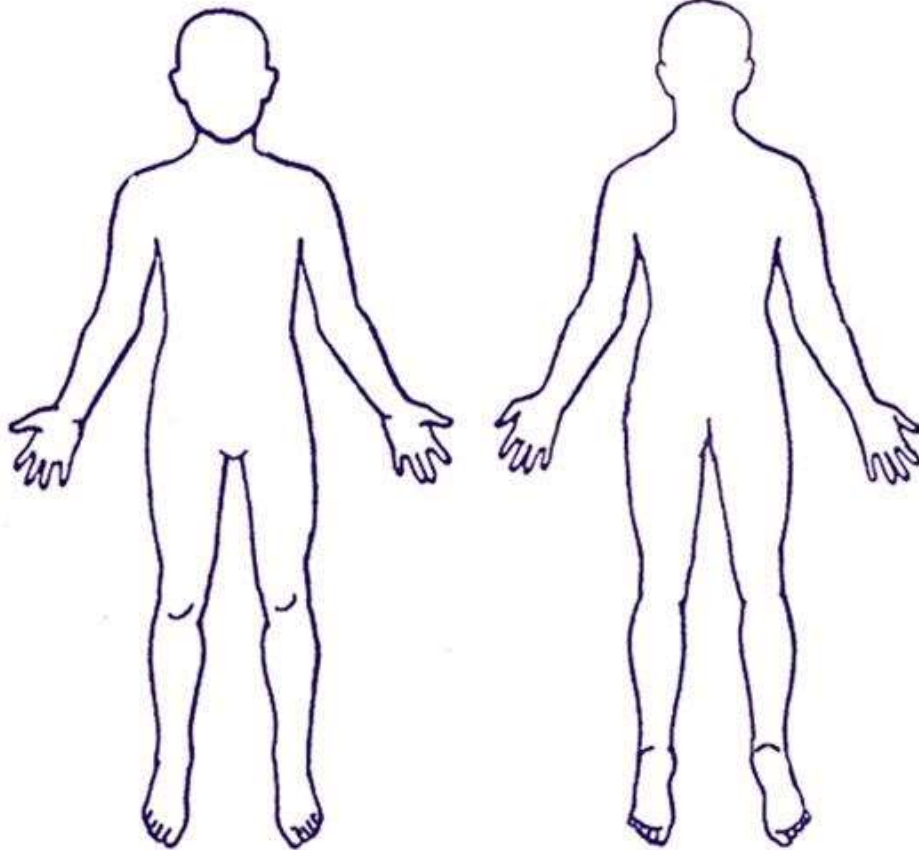
English	ئینگلیز (Sorani) Kurdish
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>پرسیار نامەمی نەخۆش بو کۆچبەرانی تازە هاتوونەتە بەریتانیا: منداڵان و گەنجان</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration 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>هەموو کەسێک مافی ئەوەی هەبێت ناوی خۆی تۆمار بکات لە پزیشکی گشتی. پتوویستت بە بەلگەی ناو نیشان، دۆخی کۆچبەری، ناسنامە یان ژمارەى NHS نییە بۆ ناو تۆمارکردن لە پزیشکی گشتی</p> <p>ئەم پرسیار نامەمی بۆ کۆکردنەوەی زانیارییە دەربارەی ئەندروستی منداڵان بۆ ئەوەی پیشەییەکانی ئەندروستی لە پزیشکی گشتی تۆ بتوانن لەوە تێبگن کە ڕەنگە پتوویستیان بە چ پشنگیرییەک، چارەسەرکردن و خزمەتگوزارییە پشپۆرییەکان هەبێت بەپێی سیاسەتەکانی نەینی و هاوبەشکردنی زانیارییەکانی خزمەتگوزاری ئەندروستی نیشتمانی.</p> <p>گەنجانی لێهاتوو کە تەمەنیان لە خوار 18 ساڵەویە لەوانەیە وەشانی گەورەسالان بۆ خۆیان ئەواو بکەن.</p> <p>پزیشکی گشتی تۆ هیچ زانیارییەک ناشرکرا ناکات کە تۆ بۆ مەبەستی تر جگە لە چاودێری راستەمۆخت پشکەشی دەکەیت مەگەر: تۆ رەزامەندیت هەبوویت (بۆ نمونە بۆ پشنگیریکردنی تۆیژینەوی پزیشکی)؛ یان بەپێی یاسا پتوویستە ئەوە بکەن (بۆ نمونە بۆ پاراستنی کەسانی دیکە لە زیانیکی گەورە)؛ یان لەبەر ئەوەی بەرژمۆندییەکی گشتی سەرمکی هەبێت (بۆ نمونە تۆ بەدەست نەخۆشییەکی درمیەو دەنألینیت).</p> <p>زانیاری زیاتر سەبارەت بەوەی کە چۆن پزیشکی گشتی زانیاریەکانت بەکار دەهێنیت لە پزیشکی گشتی تۆوە دەست دەکەوێت.</p> <p>وەلامەکانت بگەرێنەر هەو بۆ پزیشکی گشتی.</p>
<p>Person completing</p>	<p>ئەو کەسەمی کە ئەواوی دەکات</p>
<p>Who is completing this form:</p> <p><input type="checkbox"/> Child's Parent</p> <p><input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer</p>	<p>کێ ئەم فۆرمە پر دەکاتەو:</p> <p><input type="checkbox"/> دایک و باوکی منداڵ</p> <p><input type="checkbox"/> سەرپرەشتیاری یاسایی/چاودێری منداڵ</p>

Section one: Personal details	به‌شې په‌کېم: ورده‌کاری که‌سی
Child's full name:	ناوی ته‌واوی من‌داله‌که:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	به‌رواری له‌دایک‌بوونی من‌دال: _____ به‌روار _____ مانگ _____ سال _____
Child's address:	ناونیشانی من‌دال:
Mother's name:	ناوی دایک:
Father's name:	ناوی باوک:
Contact telephone number(s):	ژماره‌ی په‌یو هن‌دیک‌ردن (مکان):
Email address:	ناونیشانی نیمه‌یل:
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	تکایه هه‌موو نه‌و بوکسانه‌ی وه‌لام که من‌داله‌که‌ت ده‌گریته‌وه تیک بکه.
1.1 Which of the following best describes your child: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.1 کام له‌مانه‌ی خوار ه‌وه باشت‌ترین وه‌سفی من‌داله‌که‌ت ده‌کات: <input type="checkbox"/> نیر <input type="checkbox"/> می <input type="checkbox"/> هی تر <input type="checkbox"/> ینم باشه نه‌یلیم
1.2 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian	1.2 ناین: <input type="checkbox"/> بودی <input type="checkbox"/> کریستیان

<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	<input type="checkbox"/> هیندو <input type="checkbox"/> جولہکھ <input type="checkbox"/> نیسلاام <input type="checkbox"/> سیخ <input type="checkbox"/> دینی تر <input type="checkbox"/> بی دین
<p>1.3 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other	<p>1.3 زمانی سہر مکی قسمکردن:</p> <input type="checkbox"/> اٹلبانی <input type="checkbox"/> عہرہبی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/> ٹینگریزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> ہی تر
<p>1.4 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	<p>1.4 زمانی دوومی قسمکردن:</p> <input type="checkbox"/> اٹلبانی <input type="checkbox"/> عہرہبی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/> ٹینگریزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> ہی تر
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>1.5 آیا منداآکھت پیویستی بہ وەرگیری زار مکی ہمیه؟</p> <input type="checkbox"/> بیلئی <input type="checkbox"/> نہخیر
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.6 آیا منداآکھت پیویستی بہ پشتگیری زمانی نیشارہت ہمیه؟</p> <input type="checkbox"/> نہخیر <input type="checkbox"/> بیلئی
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s) <input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<p>1.7 کی ٹیستا له بہریتانیا له ہمان ماآدا لہگهل منداآکھت دہڑی؟</p> <input type="checkbox"/> ایاک <input type="checkbox"/> یاوک <input type="checkbox"/> بر(کان) چہند؟ _____ تہمن (یان) چہندہ؟ _____ <input type="checkbox"/> خوشک (کان) <input type="checkbox"/> چہند؟ _____ <input type="checkbox"/> تہمن (یان) چہندہ؟ _____ <input type="checkbox"/> ہی تر <input type="checkbox"/> چہند؟ _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <input type="checkbox"/> No	<p>1.8 آیا منداآکھت دہچیتہ نہمامگہ یان قوتابخانہ؟</p> <input type="checkbox"/> نہخیر <input type="checkbox"/> منداآکھم تہمنی له خوار 2 سالہویہ

<input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age <input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school <input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place  <input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school <hr/>	<input type="checkbox"/> نيمه داواكار يمان پيشكەش كردوه بو شوين به لام هيشتا نهمامگه/قوتابخانهمان بو تهرخان نهمكراوه <input type="checkbox"/> من زانباريم دهويت كه له كوئ دهتوانم پشتگيري وهر بگرم بو ئهوهي داواكارى پيشكەش بكهم بو شويني نهمامگه يان قوتابخانه  <input type="checkbox"/> بيلنى – تكايه ناوى نهمامگه يان قوتابخانه بنوسه <hr/>
<p>Section two: Health questions</p>	<p>بهشى دووم: پرسياره تندرستيهكان</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 ئايا هيج نيمه گرانپههكتان ههيه سهبارت به مندالهكەت؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخير <input type="checkbox"/> بيلنى</p>
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 ئايا مندالهكەت له ئيستادا ناخوشه يان نهخوشه؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخير <input type="checkbox"/> بيلنى</p>
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 ئايا مندالهكەت پيوستى به يارمهتپههكى بهپهله ههيه بو كيشهپههكى تندرستى؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخير <input type="checkbox"/> بيلنى</p>
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <p><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"/> Constipation  <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes  <input type="checkbox"/> Blood in their urine  <input type="checkbox"/> Blood in their 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</p>	<p>2.4 ئايا مندالهكەت له ئيستادا هيج كام لهم نيشانانهي خواروهي ههيه؟ تكايه ههمو ئهو شاننه تيك بكهن كه پهيوهنديبان پيوهيه</p> <p><input type="checkbox"/> كيش دابهزاندن  <input type="checkbox"/> كۆكه  <input type="checkbox"/> كۆكه تا ناستى خونيهاتن  <input type="checkbox"/> ئارهقهى شهوانه  <input type="checkbox"/> هيلاكى لهرا دهدهر  <input type="checkbox"/> كيشه ههناسه  <input type="checkbox"/> تا  <input type="checkbox"/> سكهچون  <input type="checkbox"/> قهبرى  <input type="checkbox"/> نهخوشى پيست يان پهلهي پيست  <input type="checkbox"/> خون له ميزياندا  <input type="checkbox"/> خون له پيسايهكهياندا  <input type="checkbox"/> سهرنيشه  <input type="checkbox"/> ئازار  <input type="checkbox"/> يارى دهروونى نرم  <input type="checkbox"/> قهلهقى  <input type="checkbox"/> فلاشباكى دلتهزىن يان كابوس  <input type="checkbox"/> قورسى خهولتبهوتن</p>

<input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> ههستکردن بهوهی که دهیانوویت زیان به خویان بگهیهنن یان دهستبهرداری ژیان بن هی تر <input type="checkbox"/>
2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)	2.5 تکایه لهسههر وینهی جهسته نهو ناوچهیه نیشانه بکه که تووشی کیشه تهنروسیتیهکانی ئیستایان بوون



2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.6 ئایا مندالهکمت پیشهخته لهههیک بووه (زوو لهههیک بووه – پیش 37 ههفته/8.5 مانگی دووگیانی)? <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بلی
2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 ئایا مندالهکمت ههر زوو دوای مندالبوون هیچ کیشهیهکی تهنروسیتی ههبووه بۆ نمونه. کیشهی ههناسهههه، ههوکردن، برینداربوونی میشک? <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بلی
2.8 New babies only (up to 3 months old): Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?	2.8 تهنهها کۆریهه نوو (تا تههههههه 3 مانگ): ئایا مندالهکمت پشهکنینی تهنروسیتی 6-8 ههفتهی دوای مندالبوون لهلایهن یزیشهکی گشتهی (یزیشهک) هوه کراوه؟

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> نه خیر <input type="checkbox"/> بېلې
2.9 Does your child have any known health problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.9 نایا مندالکمت هیچ کیشیهکی تهنروستی ناسراوی همیه؟ <input type="checkbox"/> نه خیر <input type="checkbox"/> بېلې
2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia <input type="checkbox"/> Thalassaemia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Mental health problems <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"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	2.10 نایا مندالکمت هیچ کام لهمانه ی خوار موهی همیه؟ تکایه هموو نهو شتانه تیک بکمن که په یوه نډیبیان پڼوهیه <input type="checkbox"/> ر هېو <input type="checkbox"/> نارېکی خونین <input type="checkbox"/> کمخوینی خانیه داسکی <input type="checkbox"/> تالاسیما <input type="checkbox"/> شیر پهنجه <input type="checkbox"/> کیشیه دان <input type="checkbox"/> شکره <input type="checkbox"/> نهخو شې سهر نیشه <input type="checkbox"/> کیشهکانی چاو <input type="checkbox"/> گوچکه، لووت یان فورگ <input type="checkbox"/> کیشهکانی دل <input type="checkbox"/> هموکردنی جگر جوری بی <input type="checkbox"/> هموکردنی جگر جوری سی <input type="checkbox"/> نایدز <input type="checkbox"/> کیشیه گور چپله <input type="checkbox"/> کیشیه جگر <input type="checkbox"/> کیشیه تهنروستی دهر وونی <input type="checkbox"/> کمه باری دهر وونی/خه موی <input type="checkbox"/> قلهقی <input type="checkbox"/> نهخو شې فشاری دهر وونی دوی <input type="checkbox"/> کاره سات (PTSD) <input type="checkbox"/> پینستر زیان به خوی گه یاندوه <input type="checkbox"/> هموآدانی خو کوژی <input type="checkbox"/> هی تر <input type="checkbox"/> کیشیه پینست <input type="checkbox"/> نهخو شې غودهی دهر فقی <input type="checkbox"/> سبل (سبل) <input type="checkbox"/> هی تر
2.11 Has your child ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.11 نایا مندالکمت تا نیستا هیچ نه شتر گری / نه شتر گری بیهکی بو کراوه؟ <input type="checkbox"/> نه خیر <input type="checkbox"/> بېلې
2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.12 نایا مندالکمت هیچ برینیکې جهسته بی همیه به هوی شهر، مملانی یان نه شکه نجه دان؟ <input type="checkbox"/> نه خیر <input type="checkbox"/> بېلې

<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 ئاىا مىندالەكىت ھىچ كىشەيەكى تەندروستى دەروونى ھەيە؟ ئەمانە دەتوانن لە شەر، مەملان، ئەشكەنجەدان يان ناچار بوون بە ھەتھاتن لە ولاتەكتەتوھە بن؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</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 ئاىا مىندالەكىت ھىچ كەمئەندامىيەكى جەستەيى يان كىشەي جۆلەي ھەيە؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</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 ئاىا مىندالەكىت ھىچ كىشەيەكى ھەستىارى ھەيە؟ تەكايە ھەموو ئەو شتەنە تىك كەن كە پەيوەندىيان پتوھە</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> كۆر بوون <input type="checkbox"/> ئەدەستەدانى نىوھى بىنن <input type="checkbox"/> ئەدەستەدانى تەواوى بىنن <input type="checkbox"/> ئەدەستەدانى نىوھى گۆنگرتن <input type="checkbox"/> كىشەي بۆن/ياخود تام</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 پىت وايە مىندالەكىت ھىچ كىشەيەكى فېر بوون يان كىشەي رەفتارى ھەيە؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</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 ئاىا ھىچ نىگەرانبىەكىت ھەيە سەبارەت بە گەشەي مىندالەكىت بۆ نموونە. كىش/بەرزىيان؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</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 تەنھا كۆرپە: ئاىا تۆ مىندالەكىت توشى ھىچ كىشەيەكى خۆراكدان بوويت بۆ نموونە. رشانەوھ، گەرانبەوھى شىر، شىر نەخواردن؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</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 <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV</p>	<p>2.19 ئاىا نەندامىكى خىزانى نىكى مىندالەكىت (باوك، داىك، خوشك و برا و باپىر) توشى ھىچ كام لەمانەي خوارەوھ بووھ يان توشى بووھ؟</p> <p><input type="checkbox"/> رەبۆ <input type="checkbox"/> شىر پەنجە <input type="checkbox"/> خەمۆكى/نەخوشى تەندروستى دەروونى <input type="checkbox"/> شەكرە <input type="checkbox"/> جەلەدى دل <input type="checkbox"/> ھەوكردىنى جگەر جۆرى بى <input type="checkbox"/> پەستەنى بەرزى خوتىن <input type="checkbox"/> ئايدز <input type="checkbox"/> ئاستەمەكانى فېر بوون</p>

<input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> جەلدە <input type="checkbox"/> سىل (سىل) <input type="checkbox"/> ھى تر								
<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="151 801 778 1236"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 ئايا مندالەكتە ھېچ دەرماتىكى بۇ نوسراو ھ؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخىر  <input type="checkbox"/> يەلى -- تىكايە دەرمان و ژمە دەرمانە نوسراو مەكتى مندالەكتە لى بۆكسەكەى خوار مودا بنوسە</p> <p>تىكايە ھەر رەجەتەيەك يان دەرماتىك لىگەل خوت بېھنە بۇ چاوپىكەوتتى مندالەكتە</p> <table border="1" data-bbox="826 730 1453 1164"> <thead> <tr> <th>ناو</th> <th>ژمە</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ناو	ژمە		
Name	Dose								
ناو	ژمە								
<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 ئايا نىگەرانى تەوا بوونى ھېچ ئەم دەرمانانە لى چەند ھەفتەى داھاتوودا؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخىر  <input type="checkbox"/> يەلى</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><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any medicines to your child’s appointment</b></p>	<p>2.22 ئايا مندالەكتە ھېچ دەرماتىك دەخوات كە لى لايەن كەسىكى پىسپورى تەندروسىتەو ھ بۇ نەنوسراو ھ بۇ نمونە ئەو دەرمانانەى كە لى دەرمانخانە/دوكانىك/لە ئىنتەرنىت كرىوتە يان لى دەر ھەى و لاتەو گەياندوتە؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخىر  <input type="checkbox"/> يەلى -- تىكايە دەرمان و ژمە دەرمانەكان لىم بۆكسەى خوار مودا بنوسە</p> <p>تىكايە ھەر دەرماتىكتان ھەيە بېھنە بۇ شوتىنى چاوپىكەوتتى مندالەكتەن</p> <table border="1" data-bbox="826 1984 1453 2020"> <thead> <tr> <th>ناو</th> <th>ژمە</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ناو	ژمە						
ناو	ژمە								



Name	Dose		
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23 ئاىا مندالەكەت حساسىيەتى بە ھىچ دەرماننىڭ ھەيە؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</p>		
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24 ئاىا مندالەكەت حساسىيەتى بە ھىچ شتتىكى تر ھەيە؟ (بۇ نىمۇنە خۇراڭ، پېودانى مىروو، دەستكىشى لاتەكس)؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</p>		
<p>Section three: Vaccinations</p>	<p>بەشى سىيەم: كوتان</p>		
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age? <b>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.1 ئاىا مندالەكەت ھەموو كوتانەكانى مندالى ھەبوو ھەيە؟ ولائى رەسەنى خۇيدا پىشكەش دەكرىت بۇ تەمەنى؟ نەگەر تۇمارىكى مىزرووى كوتانەكەت ھەيە، تىكايە نەمە لەگەل خۇت بەننە بۇ چاوپىكەوتتەكەت.</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى <input type="checkbox"/> ئازانم</p>		
<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 ئاىا مندالەكەت كوتانى دژى سىل (TB) كراوھ؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى <input type="checkbox"/> ئازانم</p>		
<p>3.3 Has your child 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</p>	<p>3.3 ئاىا مندالەكەت كوتانى دژى كۆفىد-19 كراوھ؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ژم <input type="checkbox"/> 2 ژم <input type="checkbox"/> 3 ژم</p>		

<input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> زياتر له 3 ژم <input type="checkbox"/> نازانم
<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>ئەگەر شتتیک ھەيە که پەيوەندی بە تەندروستی منداڵە که تەو ھەبیت که ھەست بە ناسوودەیی ناکەیت لەم فۆرمەدا بەشدارى بکەیت و دەتەوێت لەگەڵ پزیشکێک باسی بکەیت، تکایە پەيوەندی بە پزیشکی گشتی بکە و کاتتیک بۆ چاوپێکەوتن حجز بکە</p>