

English	Bengali ইংরেজি
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>যুক্তরাজ্যে নতুন আগমন করা অভিবাসীদের জন্য নতুন রোগীর প্রশ্নমালা (New Patient Questionnaire)</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>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 আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করা হবে, যেন আপনার GP প্র্যাকটিসে থাকা স্বাস্থ্য বিষয়ক পেশাজীবীগণ বুঝতে পারেন যে, ন্যাশনাল হেলথ সার্ভিস (National Health Service)-এর গোপনীয়তা ও তথ্য শেয়ার করার নীতিমালা অনুযায়ী আপনার কোন ধরনের সহায়তা, চিকিৎসা ও বিশেষজ্ঞ পরিষেবার প্রয়োজন হতে পারে।</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>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>অনুচ্ছেদ এক: ব্যক্তিগত তথ্য</p>
<p>Full name:</p>	<p>পূর্ণ নাম:</p>

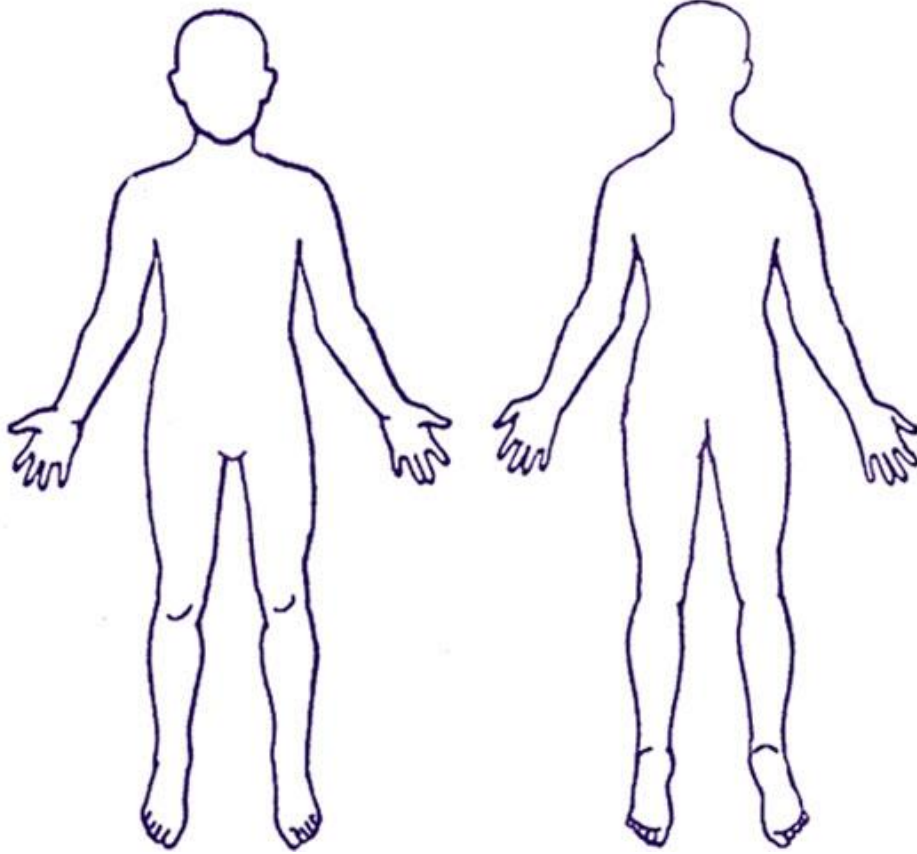
Address:	ঠিকানা:
Telephone number:	টেলিফোন নম্বর:
Email address:	ইমেইল ঠিকানা:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	অনুগ্রহ করে সকল প্রশ্নের উত্তর দিন এবং আপনার জন্য প্রযোজ্য সকল প্রশ্নে টিক চিহ্ন দিন।
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 প্রশ্নমালাটি পূরণ করার তারিখ:
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 নিম্নলিখিত কোন বিষয়টি আপনার সম্পর্কে সবচেয়ে ভালো বর্ণনা দেয়? <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> উত্তর প্রদানে ইচ্ছুক নই
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 জন্মের সময় আপনার কি একই লিঙ্গ ছিল? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> উত্তর প্রদানে ইচ্ছুক নই
1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year	1.4 জন্ম তারিখ: দিন _____ মাস _____ বছর _____
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 ধর্ম: <input type="checkbox"/> বৌদ্ধ <input type="checkbox"/> খ্রিস্টান <input type="checkbox"/> হিন্দু <input type="checkbox"/> ইহুদি <input type="checkbox"/> মুসলিম <input type="checkbox"/> শিখ <input type="checkbox"/> অন্যান্য ধর্ম

	<input type="checkbox"/> কোনো ধর্ম নেই
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 বৈবাহিক অবস্থা: <input type="checkbox"/> বিবাহিত/সিভিল পার্টনার <input type="checkbox"/> তালাকপ্রাপ্ত <input type="checkbox"/> বিধবা <input type="checkbox"/> উপরের কোনোটি নয়
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 যৌন আসক্তি: <input type="checkbox"/> হেটারোসেক্সুয়াল (বিপরীত-লিঙ্গের প্রতি আকৃষ্ট হই) <input type="checkbox"/> হোমোসেক্সুয়াল (সম-লিঙ্গের প্রতি আকৃষ্ট হই) <input type="checkbox"/> বাইসেক্সুয়াল (নারী ও পুরুষের প্রতি আকৃষ্ট হই) <input type="checkbox"/> উত্তর প্রদানে ইচ্ছুক নই <input type="checkbox"/> অন্যান্য
1.8 Main spoken language: <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	1.8 প্রধান কথিত ভাষা: <input type="checkbox"/> আলবেনিয়ান <input type="checkbox"/> রুশ <input type="checkbox"/> আরবি <input type="checkbox"/> টাইগ্রিনিয়া <input type="checkbox"/> দারি <input type="checkbox"/> ইউক্রেনিয়ান <input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> উর্দু <input type="checkbox"/> পার্সিয়ান <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামিজ <input type="checkbox"/> অন্যান্য
1.9 Second spoken language: <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	1.9 দ্বিতীয় কথিত ভাষা: <input type="checkbox"/> আলবেনিয়ান <input type="checkbox"/> রুশ <input type="checkbox"/> আরবি <input type="checkbox"/> টাইগ্রিনিয়া <input type="checkbox"/> দারি <input type="checkbox"/> ইউক্রেনিয়ান <input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> উর্দু <input type="checkbox"/> পার্সিয়ান <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামিজ <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> কোনোটিই ন
1.10 Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.10 আপনার কি দোভাষীর প্রয়োজন আছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
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.	1.11 আপনি কি নারী দোভাষী না কি পুরুষ দোভাষী পেতে ইচ্ছুক? অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, দোভাষী পাওয়ার অর্থ এমন নয় যে

<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	সবসময় আপনার পছন্দের দোভাষী পাওয়া সম্ভব হবে। <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> আমার আলাদা পছন্দ নেই		
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 আপনি কি আপনার নিজের ভাষা পড়তে সক্ষম? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> পড়ার ক্ষেত্রে আমার সমস্যা হয়		
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 আপনি কি আপনার নিজের ভাষা লিখতে সক্ষম? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> লেখার ক্ষেত্রে আমার সমস্যা হয়		
1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.14 আপনার কি ইশারা ভাষায় সহায়তা প্রয়োজন? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ		
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:			
Name: Contact telephone number: Address:	<u>Next of kin</u>	নাম: যোগাযোগের জন্য টেলিফোন নম্বর: ঠিকানা:	<u>নিকটাত্মীয়</u>

<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<p>নাম:</p> <p>যোগাযোগের জন্য টেলিফোন নম্বর:</p> <p>ঠিকানা:</p>	<p>জরুরি পরিস্থিতিতে যোগাযোগের নম্বর (ভিন্ন হলে)</p>
<p>Section two: Health questions</p>		<p>অনুচ্ছেদ দুই: স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্ন</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 আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ বোধ করছেন?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</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 আপনার স্বাস্থ্য সমস্যার কারণে আপনার কি জরুরি সহায়তার প্রয়োজন আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</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 nightmares</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</p>	<p>2.3 বর্তমানে আপনার কি নিচের কোনো উপসর্গ আছে? <i>প্রয়োজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন</i></p> <p><input type="checkbox"/> ওজন কমে যাওয়া</p> <p><input type="checkbox"/> কাশি</p> <p><input type="checkbox"/> কাশিতে রক্ত</p> <p><input type="checkbox"/> রাতে ঘাম হওয়া</p> <p><input type="checkbox"/> অত্যধিক ক্লান্তি</p> <p><input type="checkbox"/> শ্বাসপ্রশ্বাস জনিত সমস্যা</p> <p><input type="checkbox"/> জ্বর</p> <p><input type="checkbox"/> ডায়রিয়া</p> <p><input type="checkbox"/> ত্বকের সমস্যা বা ফুসকুড়ি</p> <p><input type="checkbox"/> প্রস্রাবের সাথে রক্ত যাওয়া</p> <p><input type="checkbox"/> মলের সাথে রক্ত যাওয়া</p> <p><input type="checkbox"/> মাথা ব্যথা</p> <p><input type="checkbox"/> ব্যাথা</p> <p><input type="checkbox"/> মেজাজ খারাপ</p> <p><input type="checkbox"/> উদ্বেগ</p> <p><input type="checkbox"/> যন্ত্রণাদায়ক অতীত বা দুঃস্বপ্ন</p>		

<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"/> ঘুমের অসুবিধা <input type="checkbox"/> নিজের চিন্তাভাবনা বা কাজকর্ম নিয়ন্ত্রণ করতে পারেন না এমন অনুভূতি <input type="checkbox"/> নিজের ক্ষতি করা বা আত্মহত্যা করতে চাওয়ার অনুভূতি <input type="checkbox"/> অন্যান্য
2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)	2.4 আপনি আপনার শরীরের কোথায় সমস্যা বোধ করছেন অনুগ্রহ করে ছবিতে তা চিহ্নিত করুন









2.5 Do you have any known health problems that are ongoing? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.5 আপনার কি এমন কোনো শারীরিক সমস্যা চলছে যা আপনি জানেন? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> Arthritis	2.6 আপনার কি নিচের কোনো সমস্যা আছে বা অতীতে কখনো ছিল? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন

<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"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <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 <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"/> আর্থ্রাইটিস <input type="checkbox"/> হাঁপানি <input type="checkbox"/> রক্তে অস্বাভাবিক অবস্থা <input type="checkbox"/> সিকল সেল অ্যানিমিয়া <input type="checkbox"/> থ্যালাসেমিয়া <input type="checkbox"/> ক্যান্সার <input type="checkbox"/> দাঁতের সমস্যা <input type="checkbox"/> ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> মৃগী রোগ <input type="checkbox"/> চোখের সমস্যা <input type="checkbox"/> হৃদযন্ত্রের সমস্যা <input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস বি <input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস সি <input type="checkbox"/> এইচআইভি বা এইডস <input type="checkbox"/> উচ্চ রক্তচাপ <input type="checkbox"/> কিডনির সমস্যা <input type="checkbox"/> যকৃৎ বা লিভারে সমস্যা <input type="checkbox"/> দীর্ঘ-মেয়াদী ফুসফুসের সমস্যা/শ্বাসপ্রশ্বাসে সমস্যা <input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্যজনিত সমস্যা <input type="checkbox"/> মেজাজ খারাপ/বিষণতা <input type="checkbox"/> উদ্বেগ <input type="checkbox"/> আঘাত-পরবর্তী মানসিক চাপজনিত অসুস্থতা (PTSD) <input type="checkbox"/> অতীতে নিজের ক্ষতি করা হয়েছে <input type="checkbox"/> আত্মহত্যার চেষ্টা করা হয়েছে <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> অস্টিওপোরোসিস <input type="checkbox"/> ত্বকের রোগ <input type="checkbox"/> স্ট্রোক <input type="checkbox"/> থাইরয়েডের সমস্যা <input type="checkbox"/> যক্ষ্মা (TB) <input type="checkbox"/> অন্যান্য
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 আপনার কি কখনো অপারেশন / অস্ত্রোপচার হয়েছিল?</p> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
<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 আপনার যদি অপারেশন / অস্ত্রোপচার হয়ে থাকে, তবে এটি কত সময় আগে হয়েছিল?</p> <input type="checkbox"/> গত 12 মাসে

<input type="checkbox"/> Over 3 years ago	<input type="checkbox"/> 1 – 3 বছর পূর্বে <input type="checkbox"/> 3 বছর পূর্বে								
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.9 যুদ্ধ, সংঘাত বা অত্যাচারের কারণে আপনার কি কোনো শারীরিক আঘাত আছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ								
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	2.10 আপনার কি কোনো মানসিক স্বাস্থ্যজনিত সমস্যা আছে? এটি হতে পারে যুদ্ধ, সংঘাত, অত্যাচার থেকে বা দেশ থেকে জোর করে পালাতে বাধ্য করার মাধ্যমে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ								
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 স্বাস্থ্য সম্পর্কিত কিছু সমস্যা পরিবারের মধ্যে হতে পারে। আপনার পরিবারের কোনো সদস্য (বাবা, মা, সহোদর ভাইবোন ও দাদা-দাদী) কি নিচের কোনো সমস্যায় ভুগছেন বা ভুগেছেন? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন <input type="checkbox"/> ক্যান্সার <input type="checkbox"/> ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> বিষণ্ণতা/মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অসুস্থতা <input type="checkbox"/> হার্ট অ্যাটাক <input type="checkbox"/> উচ্চ রক্তচাপ <input type="checkbox"/> স্ট্রোক <input type="checkbox"/> অন্যান্য								
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="151 1771 778 1816"> <thead> <tr> <th data-bbox="151 1771 564 1816">Name</th> <th data-bbox="564 1771 778 1816">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			2.12 আপনি কি ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী কোনো ঔষধপত্র সেবন করেন? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ – অনুগ্রহ করে আপনার ব্যবস্থাপত্রের ঔষধপত্র ও ডোজ নিচের বাক্সে লিখুন সাক্ষাৎের সময় অনুগ্রহ করে আপনার কোনো ব্যবস্থাপত্র বা ঔষধপত্র সাথে নিয়ে আসুন <table border="1" data-bbox="821 1944 1453 1989"> <thead> <tr> <th data-bbox="821 1944 1241 1989">নাম</th> <th data-bbox="1241 1944 1453 1989">ডোজ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	নাম	ডোজ		
Name	Dose								
নাম	ডোজ								

<p>2.13 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>2.13 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>2.14 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?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose				<p>2.14 আপনি কি এমন কোনো ঔষধ সেবন করেন যা কোনো স্বাস্থ্য বিষয়ক পেশাজীবী সুপারিশ করেননি, যেমন, কোনো ফার্মেসি/দোকান/ইন্টারনেট থেকে ক্রয় করেছেন বা বিদেশ থেকে সরবরাহ করা হয়েছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ –অনুগ্রহ করে ঔষধপত্র ও ডোজ নিচের বাক্সে লিখুন সাক্ষাৎের সময় অনুগ্রহ করে আপনার কোনো ঔষধপত্র সাথে নিয়ে আসুন</p> <table border="1"> <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>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.15 আপনার কি কোনো ঔষধে অ্যালার্জি আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>									

<p>2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.16 অন্য কিছুতে কি আপনার অ্যালার্জি আছে? (যেমন, খাবার, পোকামাকড়ের হুল, রাবারের গ্লাভস)?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17 আপনার কি কোনো শারীরিক প্রতিবন্ধীত্ব বা চলাফেরায় সমস্যা আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.18 Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i></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>2.18 আপনার কি ইন্দ্রিয়জনিত কোনো সমস্যা আছে? <i>প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন</i></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>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.19 শেখার ব্যাপারে আপনার কি কোনো সমস্যা আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.20 স্বাস্থ্যকর্মীর সাথে আপনার পরবর্তী সাক্ষাতে আপনি কি কোনো বিশেষ ব্যক্তিগত বিষয় আলোচনা করতে/উত্থাপন করতে ইচ্ছুক?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>Section three: Lifestyle questions</p>	<p>অনুচ্ছেদ তিন: জীবনধারা সম্পর্কিত প্রশ্ন</p>
<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <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><i>There is 1 unit of alcohol in:</i></p>	<p>3.1 আপনি কত ঘন ঘন অ্যালকোহল পান করেন?</p> <p><input type="checkbox"/> কখনোই না <input type="checkbox"/> মাসে একবার বা তার কম <input type="checkbox"/> মাসে 2-4 বার <input type="checkbox"/> সপ্তাহে 2-3 বার <input type="checkbox"/> সপ্তাহে 4 বার বা তার বেশি</p>

 <p>½ pint glass of beer</p>  <p>1 small glass of wine</p>  <p>1 single measure of spirits</p>	<p>এতে 1 ইউনিট অ্যালকোহল আছে:</p>  <p>বিয়ারের ½ পাইন্ট গ্লাসে</p>  <p>ওয়াইনের 1টি ছোট গ্লাসে</p>  <p>স্পিরিটের 1টি একক পরিমাপে</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><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 or more</p>	<p>3.2যেদিন আপনি মদ্যপান করেন সেদিন আপনি কত ইউনিট অ্যালকোহল পান করেন?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 বার বা তার বেশি</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</p> <p><input type="checkbox"/> Less than monthly</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly</p> <p><input type="checkbox"/> Weekly</p> <p><input type="checkbox"/> Daily or almost daily</p>	<p>3.3বছরে কোনো একবার আপনি কত ঘন ঘন 6 বা তার বেশি ইউনিট (নারী হলে) বা 8 বা তার বেশি ইউনিট (পুরুষ হলে) পান করেছেন?</p> <p><input type="checkbox"/> কখনোই না</p> <p><input type="checkbox"/> মাসে একবারেরও কম</p> <p><input type="checkbox"/> মাসে একবার</p> <p><input type="checkbox"/> সপ্তাহে একবার</p> <p><input type="checkbox"/> প্রতিদিন বা প্রায় প্রতিদিন</p>
<p>3.4 Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p>	<p>3.4আপনি কি এমন কোনো মাদক গ্রহণ করেন যা আপনার স্বাস্থ্যের জন্য ক্ষতিকর, যেমন ভাং, কোকেন, হেরোইন?</p> <p><input type="checkbox"/> কখনোই না</p>

<input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> ক্ষতি হতে পারে এমন মাদক গ্রহণ আমি ছেড়ে দিয়েছি <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
<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 আপনি কি ধূমপান করেন?</p> <input type="checkbox"/> কখনোই না <input type="checkbox"/> আমি ধূমপান ছেড়ে দিয়েছি <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> সিগারেট প্রতিদিন কয়টি? _____
<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 আপনি কি তামাক চিবিয়ে থাকেন?</p> <input type="checkbox"/> কখনোই না <input type="checkbox"/> আমি তামাক চিবানো ছেড়ে দিয়েছি <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>অনুচ্ছেদ চার: টিকা গ্রহণ</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin? <i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 আপনি যে দেশে জন্মগ্রহণ করেছেন সেখানে শিশুদের জন্য প্রদত্ত সকল টিকা কি গ্রহণ করেছেন? <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>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p>	

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	4.2 আপনাকে কি যক্ষ্মার (TB) টিকা দেওয়া হয়েছিল? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> আমি জানি না
4.3 Have you been vaccinated against COVID-19? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	4.3 আপনাকে কি কোভিড-19-এর টিকা দেওয়া হয়েছিল? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> 1 ডোজ <input type="checkbox"/> 2 ডোজ <input type="checkbox"/> 3 ডোজ <input type="checkbox"/> 3 ডোজের বেশি <input type="checkbox"/> আমি জানি না
Section five: Questions for female patients only	অনুচ্ছেদ পাঁচ: শুধুমাত্র নারী রোগীদের জন্য
5.1 Are you pregnant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes How many weeks pregnant are you? _____	5.1 আপনি কি গর্ভবতী? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি গর্ভবতী হয়ে থাকতে পারি <input type="checkbox"/> হ্যাঁ আপনি কত সপ্তাহের গর্ভবতী? _____
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 আপনি কি গর্ভনিরোধক ব্যবহার করেন? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ আপনি কোন পদ্ধতি ব্যবহার করেন? <input type="checkbox"/> প্রতিবন্ধক গর্ভনিরোধক যেমন, কনডম, জেল <input type="checkbox"/> মুখে সেবনের গর্ভনিরোধক পিল <input type="checkbox"/> কপার কয়েল/ইন্ট্রাইউটেরাইন ডিভাইস (IUD) <input type="checkbox"/> হরমোনাল কয়েল/ইন্ট্রাইউটেরাইন সিস্টেম (IUS) যেমন, মিরেনা

	<input type="checkbox"/> গর্ভনিরোধক ইনজেকশন <input type="checkbox"/> গর্ভনিরোধক ইমপ্লান্ট <input type="checkbox"/> অন্যান্য
5.3 Do you urgently need any contraception? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.3 আপনার কি কোনো জরুরি গর্ভনিরোধকের প্রয়োজন আছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
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 আপনার কি কখনো সার্ভিক্যাল স্মিয়ার বা স্মিয়ার পরীক্ষা হয়েছিল? এটি আপনার গর্ভাশয়ের স্বাস্থ্য পরীক্ষার টেস্ট এবং তা গর্ভাশয়ের ক্যান্সার প্রতিরোধে সাহায্য করে। <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> আমি আরো তথ্য পেতে চাই
5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.5 আপনার কি হিস্টেরেক্টমি (আপনার জরায়ু ও গর্ভাশয় অপসারণের অস্ত্রোপচার) হয়েছিল? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.6 একজন নারী রোগী হিসেবে, স্বাস্থ্যকর্মীর সাথে আপনার পরবর্তী সাক্ষাতে আপনি কি কোনো বিশেষ ব্যক্তিগত বিষয় আলোচনা করতে/উত্থাপন করতে ইচ্ছুক? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
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.	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।