

English	Nepali Pahari
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>युकेमा भर्खरै आएका आप्रवासीहरूका लागि बिरामी सम्बन्धी नयाँ 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>सबैलाई GP सँग दर्ता गर्ने अधिकार छ। तपाईंलाई GP सँग दर्ता गर्न ठेगाना, अध्यागमन स्थिति, आईडी वा NHS नम्बरको प्रमाण चाहिँदैन।</p> <p>यो प्रश्नावली बालबालिकाको स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी सङ्कलन गर्नको लागि हो ताकि तपाईंको GP अभ्यासमा रहेका स्वास्थ्य व्यवसायीहरूले राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवाको गोपनीयता र डेटा साझेदारी नीतिहरू अनुसार उनीहरूलाई कस्तो सहयोग, उपचार र विशेषज्ञ सेवाहरू आवश्यक पर्न सक्छ भनेर बुझ्न सकून्।</p> <p>तपाईंको प्रत्यक्ष हेरचाह बाहेक अन्य उद्देश्यका लागि तपाईंले उपलब्ध गराउनुभएको कुनै पनि जानकारी तपाईंले सहमति दिनुभएसम्म (जस्तै चिकित्सा अनुसन्धानलाई समर्थन गर्ने) वा उनीहरूलाई कानूनद्वारा त्यसो गर्न आवश्यक नभएसम्म (उदाहरणका लागि अन्य मानिसहरूलाई गम्भीर हानिबाट जोगाउन); वा ओभरराइडिङ्ग सार्वजनिक चासो नभएसम्म (जस्तै तपाईं सुरुवा रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ) तपाईंको GP ले खुलासा गर्ने छैनन्। तपाईंको GP ले तपाईंको जानकारी कसरी प्रयोग गर्नेछन् भन्ने बारे थप जानकारी तपाईंको GP अभ्यासबाट उपलब्ध छ।</p> <p>तपाईंको उत्तर तपाईंको GP अभ्यासमा बुझाउनुहोस्</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>खण्ड एक: व्यक्तिगत विवरण</p>
<p>Full name:</p>	<p>पुरा नाम:</p>

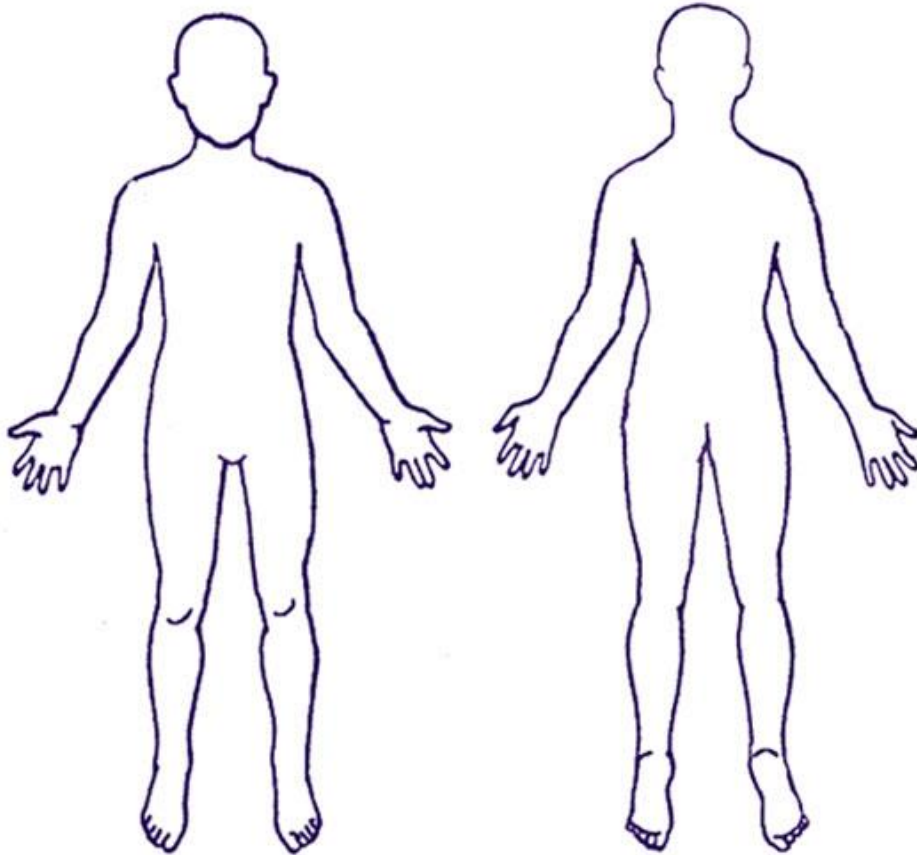
Address:	ठेगाना:
Telephone number:	टेलिफोन नंबर:
Email address:	ईमेल ठेगाना:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	सबै प्रश्न पुरा गर्नुहोस् र तपाईंको लागु हुने सबै उत्तरहरूमा बाक्सामा ठिक लगाउनुहोस्।
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 प्रश्नावली पुरा गरेको मिति:
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 निम्न मध्ये तपाईंलाई के ले उत्तम व्याख्या गर्छ: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> भन्न रुचाउँदिन
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 के तपाईंलाई यही लिंग जन्ममा दिईएको थियो? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> भन्न रुचाउँदिन
1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 जन्म मिति: दिन _____ महिना _____ बर्ष _____
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"/> बुद्धिष्ट <input type="checkbox"/> क्रीष्टियन <input type="checkbox"/> हिन्दु <input type="checkbox"/> जुईस <input type="checkbox"/> मुसल्मान <input type="checkbox"/> शिख <input type="checkbox"/> अन्य धर्म <input type="checkbox"/> कुनै पनि धर्म छैन

<p>1.6 Marital status:</p> <p><input type="checkbox"/> Married/civil partner</p> <p><input type="checkbox"/> Divorced</p> <p><input type="checkbox"/> Widowed</p> <p><input type="checkbox"/> None of the above</p>	<p>1.6 बैवाहिक अवस्था:</p> <p><input type="checkbox"/> बिवाहित/सामाजिक साझेदार</p> <p><input type="checkbox"/> डिभोर्स भएको</p> <p><input type="checkbox"/> पति/पत्नी बितेको</p> <p><input type="checkbox"/> माथीको कुनै पनि हैन</p>
<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 रूची:</p> <p><input type="checkbox"/> हेटेरोसेक्सुअल (बिपरित लिङ्ग प्रति आकर्षण हुने)</p> <p><input type="checkbox"/> होमोसेक्सुअल (एउटै लिङ्ग प्रति आकर्षित हुने)</p> <p><input type="checkbox"/> बाईसेक्सुअल(महिला र पुरुष दुवै प्रति आकर्षित हुने)</p> <p><input type="checkbox"/> भन्न नरुचाउने</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p>
<p>1.8 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p>	<p>1.8 बोल्ने मुख्य भाषा:</p> <p>1.9</p> <p><input type="checkbox"/> अल्बानियन</p> <p><input type="checkbox"/> अरबिक</p> <p><input type="checkbox"/> दारी</p> <p><input type="checkbox"/> अंग्रेजी</p> <p><input type="checkbox"/> पर्सियन</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p> <p><input type="checkbox"/> रसियन</p> <p><input type="checkbox"/> टिग्रिन्या</p> <p><input type="checkbox"/> युक्रेनियन</p> <p><input type="checkbox"/> उर्दु</p> <p><input type="checkbox"/> भियतनामि</p>
<p>1.9 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.9 बोल्ने दोस्रो भाषा:</p> <p>1.10</p> <p><input type="checkbox"/> अल्बानियन</p> <p><input type="checkbox"/> अरबिक</p> <p><input type="checkbox"/> दारी</p> <p><input type="checkbox"/> अंग्रेजी</p> <p><input type="checkbox"/> पर्सियन</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p> <p><input type="checkbox"/> रसियन</p> <p><input type="checkbox"/> टिग्रिन्या</p> <p><input type="checkbox"/> युक्रेनियन</p> <p><input type="checkbox"/> उर्दु</p> <p><input type="checkbox"/> भियतनामि</p> <p><input type="checkbox"/> कुनै पनि छैन</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 के तपाईंलाई दोभाषे चाहिन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> चाहिँदैन</p> <p><input type="checkbox"/> चाहिन्छ</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 <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind</p>	<p>1.11 तपाईं महिला वा पुरुष दोभाषे रुचाउनुहुन्छ? तपाईं यस बारे सजग हुनुहोस् की दोभाषेको अनुकूलता सधैं तपाईंको ईच्छा पुरा नहुन सक्छ।</p> <p><input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> मलाई फरक पर्दैन</p>
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading</p>	<p>1.12 के तपाईं आफ्नो भाषामा पढ्न सक्नुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> हैन <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> मलाई पढ्न कठिनाई छ</p>
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing</p>	<p>1.13 तपाईं आफ्नो भाषामा लेख्न सक्नुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> हैन <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> मलाई लेख्न कठिनाई छ</p>
<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.14 तपाईंलाई सांकेतिक भाषा सहायता चाहिन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> हैन <input type="checkbox"/> हो</p>
<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p>	
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>
<p>नाम:</p> <p>सम्पर्क फोन नंबर:</p> <p>ठेगाना:</p>	<p><u>आफन्त</u></p>

<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<p>नाम:</p> <p>सम्पर्क टेलिफोन नंबर:</p> <p>ठेगाना:</p>	<p>आपत्कालीन संपर्क (यदि भिन्न भएमा)</p>
<p>Section two: Health questions</p>		<p>खण्ड दुई: स्वास्थ्य प्रश्नहरू</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 तपाईं हाल अस्वस्थ वा बिरामी छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</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 के तपाईंलाई स्वास्थ्य समस्या बारे कुनै शिघ्र सहायता चाहनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</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 के तपाईंलाई हाल निम्न मध्ये कुनै लक्षण छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस्</p> <p><input type="checkbox"/> वजन घट्ने</p> <p><input type="checkbox"/> खोकी</p> <p><input type="checkbox"/> रगत खोक्ने</p> <p><input type="checkbox"/> राति पसिना आउने</p> <p><input type="checkbox"/> अत्याधिक थकान</p> <p><input type="checkbox"/> श्वास फेर्ने समस्या</p> <p><input type="checkbox"/> ज्वारो</p> <p><input type="checkbox"/> पखाला</p> <p><input type="checkbox"/> कब्जियत</p> <p><input type="checkbox"/> छाला चिटचिटाहट वा डावरहरू</p> <p><input type="checkbox"/> पिसाबमा रगत</p> <p><input type="checkbox"/> दिशामा रगत</p> <p><input type="checkbox"/> टाउको दुख्ने</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"/> दुखाई <input type="checkbox"/> मुड नहुने <input type="checkbox"/> एड्जाईटि <input type="checkbox"/> फ्यासव्याक र नरामो सपना देखे <input type="checkbox"/> सुत्न कठिनाई <input type="checkbox"/> आफैलाई <input type="checkbox"/> अन्य
2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)	2.4 शरिरको चित्रमा तपाईंले हाल स्वास्थ्यमा अनुभव गरेको समस्या (हरु) भएको क्षेत्रमा (हरु) चित्रण गर्नुहोस्









2.5 Do you have any known health problems that are ongoing? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.5 के तपाईंलाई हाल थाहा भएको कुनै रोग छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
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 के तपाईंमा निम्न कुनै छ वा पहिले कहिल्यै भएको थियो? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस्

<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"/> आर्थाईटिस <input type="checkbox"/> दम <input type="checkbox"/> रगतमा समस्या <input type="checkbox"/> सिकल सेल अनेमिया <input type="checkbox"/> थालासेईमिया <input type="checkbox"/> क्यान्सर <input type="checkbox"/> दन्त्य समस्या <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> ईपिलेप्सि <input type="checkbox"/> आँखाको समस्या <input type="checkbox"/> कान, नाक र घाँटी <input type="checkbox"/> मुटुको समस्या <input type="checkbox"/> हेपाटाईटिस B <input type="checkbox"/> हेपाटाईटिस C <input type="checkbox"/> एच्आईभी <input type="checkbox"/> मृगौलाको समस्या <input type="checkbox"/> पित्तको समस्या <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य समस्या <input type="checkbox"/> मुड नहुने/डिप्रेसन <input type="checkbox"/> एङ्गजाईटि <input type="checkbox"/> पोस्ट-ट्रामाटिक स्ट्रेस डिसअडर (PTSD) <input type="checkbox"/> पहिले स्वहानी गरेको <input type="checkbox"/> आत्म हत्याको प्रयास गरेको <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> छाला सम्बन्धी रोग <input type="checkbox"/> थाईरोईडको रोग <input type="checkbox"/> ट्युबरकोलोसिस (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 के तपाईंलाई कहिल्यै अपरेसन/शल्यक्रीया गरिएको थियो?</p> <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
<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 यदि अपरेसन/शल्यक्रीया भएको थियो भने, यो कति समय अगाडी थियो?</p> <input type="checkbox"/> पछिल्लो 12 महिने भित्र <input type="checkbox"/> 1 – 3 वर्ष अगाडि <input type="checkbox"/> Over 3 वर्ष अगाडि

<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9के तपाईंलाई युद्ध, द्वन्द वा टर्चरका कारणले कुनै शारिरिक चोटपटक लागेको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>								
<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> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.10के तपाईंमा कुनै मानसिक समस्या छ? यो युद्ध, द्वन्द, टर्चर वा तपाईंको देशबाट भाग्न पर्ने कारण ले हुन सक्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>								
<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><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</p>	<p>2.11परिवारमा यी मध्ये कुनै समस्या हुन सक्छ। के तपाईंको नजिकको परिवार (बुबा, आमा, दाजुभाई र हजुरबुबा/आमा) मा निम्न कुनै समस्या थियो? लागु हुने सबै ठिक लगाउनुहोस।</p> <p><input type="checkbox"/> क्यान्सर <input type="checkbox"/> डिप्रेसन/ मानसिक स्वास्थ्य समस्या <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> हर्ट अट्याक <input type="checkbox"/> उच्च रक्त चाप <input type="checkbox"/> स्ट्रोक <input type="checkbox"/> अन्य</p>								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i> Please bring any prescriptions or medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 1576 778 1944"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1576 564 1621">Name</th> <th data-bbox="564 1576 778 1621">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1621 564 1944"></td> <td data-bbox="564 1621 778 1944"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12के तपाईंलाई कुनै औषधी सिफारिस गरिएको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ – कृपया तलको बाक्सामा सिफारिस गरिएको सबै औषधी र मात्रा सूची गर्नुहोस</p> <p>तपाईंको अपोइन्टमेन्टमा सबै सिफारिस र औषधी लेराउनुहोस</p> <table border="1" data-bbox="826 1760 1455 1809"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 1760 1241 1809">नाम</th> <th data-bbox="1241 1760 1455 1809">मात्रा</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 1809 1241 1944"></td> <td data-bbox="1241 1809 1455 1944"></td> </tr> </tbody> </table>	नाम	मात्रा		
Name	Dose								
नाम	मात्रा								

<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 अर्को केही हप्तामा तपाईं यी औषधीहरू सकिनेमा चिन्तित हुनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</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 –<i>please list medicines and doses in the box below</i> Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 1234 778 1641"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1234 564 1272">Name</th> <th data-bbox="569 1234 778 1272">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1279 564 1641"></td> <td data-bbox="569 1279 778 1641"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 के तपाईंले कुनै स्वास्थ्य व्यवसायीले सिफारिस नगरेको औषधी लिनु भएको छ जस्तै तपाईंले औषधी पसलबाट किनेको, ईन्टरनेटबाट किनेको वा बिदेशबाट डेलिभर गएको?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ –<i>कृपया तलको बाक्सामा सबै औषधी र मात्रा सूची गर्नुहोस</i></p> <p>तपाईंको अपोईन्टमेन्टमा सबै औषधी लेराउनुहोस</p> <table border="1" data-bbox="826 1352 1453 1805"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 1352 1241 1391">नाम</th> <th data-bbox="1246 1352 1453 1391">मात्रा</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 1397 1241 1805"></td> <td data-bbox="1246 1397 1453 1805"></td> </tr> </tbody> </table>			नाम	मात्रा		
Name	Dose										
नाम	मात्रा										
<p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.15 के तपाईंमा औषधीले कुनै एलर्जी छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</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>2.16के तपाईंमा अन्य कुनै कुराको एलर्जी छ? (जस्तै खाना, कीराको गन्ध, ल्याटेक्स ग्लोभ)?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</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>2.17के तपाईंमा कुनै शारिरिक अशक्तता वा हिँडडुल गर्न समस्या छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</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>2.18के तपाईंमा कुनै सेन्सरि इम्पेरमेन्ट छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्धोपना <input type="checkbox"/> आंशिक दृष्टिको कमि <input type="checkbox"/> पुरा सुन्न नसक्ने <input type="checkbox"/> आंशिक सुन्न नसक्ने <input type="checkbox"/> बास्ना र/वा स्वाद संबन्धी समस्याहरु</p>
<p>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.19के तपाईंमा कुनै सिकाई सम्बन्धी कठिनाई छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.20Is 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 अर्को अपोईन्टमेन्टमा तपाईंको स्वास्थ्यकर्मी सँग गोप्य रुपमा छलफल गर्नु पर्ने कुनै बिषयवस्तु छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>Section three: Lifestyle questions</p>	<p>खण्ड तीन जीवनशैली सम्बन्धी प्रश्नहरु</p>
<p>3.1How 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 तपाईं कति शिघ्र रक्सि पिउनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> कहिल्यै पिउँदिन <input type="checkbox"/> मासिक वा कम <input type="checkbox"/> महिनाको 2-4 पटक <input type="checkbox"/> हप्ताको 2-3पटक <input type="checkbox"/> हप्ताको 4 पटक वा बढी</p> <p>निम्नमा एक युनिट रक्सि हुन्छ:</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><i>½ पिन्ट बियर ग्लास</i></p>  <p><i>1 सानो ग्लास वाईन</i></p>  <p><i>1 सिंगल स्पिरिटको मेजरमा</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><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 or more</p>	<p>3.2 तपाईंले पिउनु भएको बेलामा प्राय कति युनिट रक्सि पिउनुहुन्छ?</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 वा बढी</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>3.3 गएको बर्ष एक पटकमा यदि महिला भएमा तपाईंले कति शिघ्र 6 वा बढी युनिट र पुरुष भएमा 8 वा बढी रक्सि सेवन गर्नुभयो?</p> <p><input type="checkbox"/> कहिले पनि</p> <p><input type="checkbox"/> महिना भन्दा कम</p> <p><input type="checkbox"/> महिनामा</p> <p><input type="checkbox"/> हप्तामा</p> <p><input type="checkbox"/> दैनिक वा लगभग दैनिक</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><input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>3.4 तपाईंको स्वास्थ्यलाई हानी गर्ने लागु औषध जस्तै क्यानाबिस, कोकेन, हेरोईन सेवन गर्नु हुन्छ?, heroin?</p> <p><input type="checkbox"/> कहिले पनि गर्दिन</p> <p><input type="checkbox"/> मैले लागु औषध सेवन गर्ने छोडें</p> <p><input type="checkbox"/> हो</p>

<p>3.5 Do you smoke?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> I have quit smoking</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Cigarettes</p> <p>How many per day?</p> <p>_____</p> <p>How many years have you smoked for?</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Tobacco</p> <p>Would you like help to stop smoking?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>3.5के तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> कहिले पनि गर्दिन</p> <p><input type="checkbox"/> मैले धुम्रपान गर्न छोडें</p> <p><input type="checkbox"/> हो</p> <p><input type="checkbox"/> चुरोट</p> <p>दिनको कति वटा? _____</p> <p>तपाईंले कति बर्ष धुम्रपान गर्नु भएको छ?</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> सुती</p> <p>के तपाईं धुम्रपान गर्न छाड्न चाहनु हुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> हो</p> <p><input type="checkbox"/> होईन</p>
<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>3.6के तपाईं सुती चपाउनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> कहिले पनि</p> <p><input type="checkbox"/> मैले सुती चपाउनु छोडें</p> <p><input type="checkbox"/> हो</p>
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>खण्ड चार: खोप</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?</p> <p>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.1के तपाईंले जन्मेको देशमा सबै खोपहरु प्राप्त गर्नुभएकोछ?</p> <p>तपाईं सँग खोपको ईतिहास छ भने एपोईन्टमेन्टम लिएर आउनुहोस्!</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन</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>4.2के तपाईंलाई ट्युबरक्लोसिस विरुद्ध खोप लगाईएको छ (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p> <p><input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन</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 style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.3के तपाईंलाई COVID-19 बिरुद्ध खोप लगाईएकोछ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 मात्र</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 मात्रा</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 मात्रा</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 मात्रा भन्दा बढी</p> <p><input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन</p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>खण्ड पाँच: महिला बिरामीको लागि मात्र</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> I might be pregnant</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> म गर्भवती हुन छक्छु</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p> <p>तपाईं कति हप्ताको गर्भवती हुनुहुन्छ? _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>What method do you use?</p> <p><input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel</p> <p><input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p> <p><input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2 के तपाईं गर्भनिरोधक प्रयोग गर्नुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p> <p>कुन तरिका प्रयोग गर्नुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> ब्यारिअर गर्भनिरोधक जस्तै कन्डम, जेल आदि</p> <p><input type="checkbox"/> मौखिक गर्भनिरोधक चक्की</p> <p><input type="checkbox"/> कपर कोइल/ इन्ट्रायुटेराइन डिभाईस(IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> हर्मोनल कोइल/इन्ट्रायुटेराइन सिस्टम(IUS) e.g. Mirena</p> <p><input type="checkbox"/> कन्ट्रासेप्टिभ इन्जेक्सन</p> <p><input type="checkbox"/> कन्ट्रासेप्टिभ इम्प्लान्ट</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p>
<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.3 के तपाईंलाई शिघ्र कुनै गर्भनिरोधक चाहिन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> होइन</p> <p><input type="checkbox"/> हो</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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I would like to be given more information</p>	<p>5.4 के तपाईंले कहिले पाठेघरको स्मयिर वा स्मियर परिक्षण गराउनुभएकोछ? यो परिक्षण तपाईंको पाठेघरको स्वास्थ्य परिक्षण गर्न र पाठेघरको क्यान्सरबाट जोगिन हो।</p> <p><input type="checkbox"/> होईन</p> <p><input type="checkbox"/> हप</p> <p><input type="checkbox"/> म यस बारेमा थप सूचना चाहन्छु</p>
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.5 तपाईंले हिस्टेरेक्टोमी (पाठेघर र युटेरस हटाउने शल्यक्रिया) गर्नु भएको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<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> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.6 महिलाको रूपमा अर्को अपोइन्टमेन्टमा तपाईंको स्वास्थ्यकर्मी सँग गोप्य रूपमा छलफल गर्नु पर्ने कुनै बिषयवस्तु छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</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>यदि तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित केही कुरा छ जुन तपाईंलाई यो फारममा साझा गर्न सहज लाग्दैन र तपाईं डाक्टरसँग छलफल गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो GPलाई कल गर्नुहोस् र अपोइन्टमेन्ट बुक गर्नुहोस्।</p>