

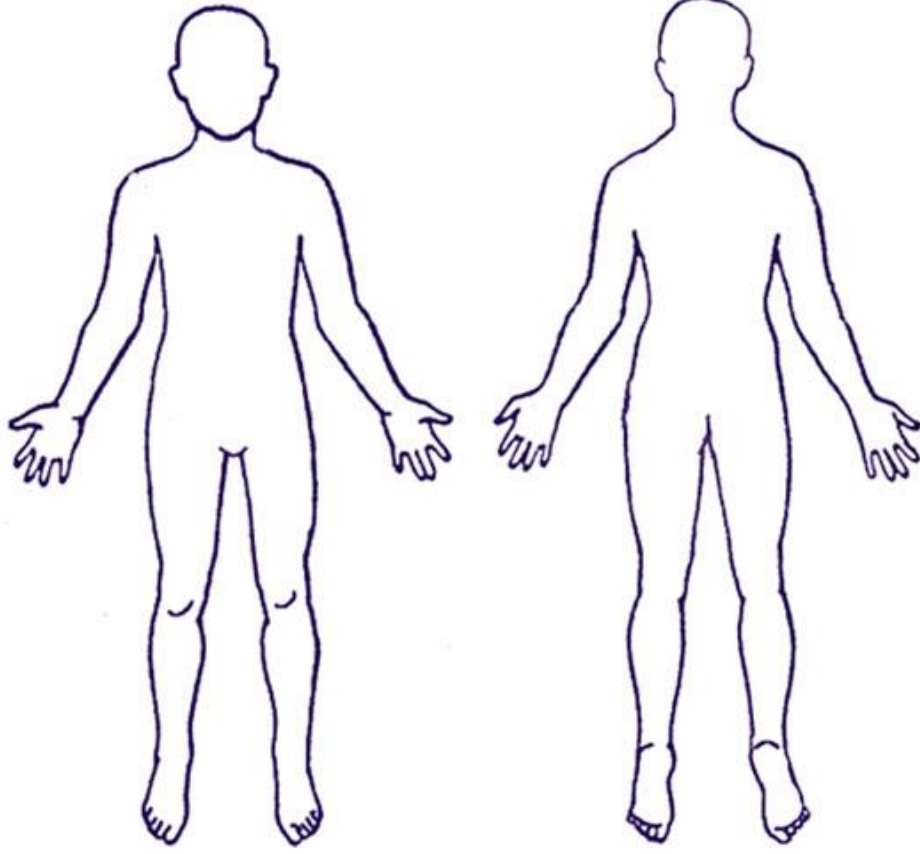
English	Punjabi پنجابی
<p><b>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</b></p> <p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p>This questionnaire is to collect information about 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><b>UK</b> وچ داخل ہون آئے نویں تارکین وطن لئی مریض دا نواں سوالناواں</p> <p>ہر شخص GP وچ رجسٹر ہون دا حق رکھدا اے۔ تہانوں GP وچ رجسٹر ہون لئی پتے، امیگریشن اسٹیٹس، ID یا کسے NHS نمبر دا ثبوت دین دی لوڑ نہیں اے۔</p> <p>ایہہ سوالناواں تہاڈی صحت بارے جانکاری جمع کرن لئی اے تاں جے تہاڈی GP پریکٹس دے صحت دے ماہر سمجھ سکن کہ ملکی صحت دی خدمت (National Health Service) دی رازداری اتے ڈیٹا نوں سانجھا کرن دی پالیسیاں دے مطابق تہانوں کیہڑی معاونت، علاج اتے مخصوص خدمات دی لوڑ ہو سکی اے۔</p> <p>تہاڈی GP تہاڈی براہ راست نگہداشت دے مقصدان توں علاوہ کسے مقصد لئی تہاڈی دتی گئی جانکاری نوں سانجھا نہیں کرے گی ماسوائے: تسی رضامندی دتی ہووے (جیویں طبی تحقیق دی معاونت لئی)؛ یا اوہناں نوں قنون دے تحت ایذاں کرن دی لوڑ ہووے (جیویں دوجے لوکاں نوں شدید خطرے توں بچانا ہووے)؛ یا مفاد عامہ لئی انتہائی اہم ہووے (جیویں تسی کسے متعدی بیماری وچ مبتلا او)۔ تہاڈی GP تہاڈی جانکاری نوں کیدیاں ورتے گی، ایس بارے ہر جانکاری تہاڈی GP پریکٹس تے موجود اے۔</p> <p>اپنے جواباں نوں اپنی GP پریکٹس نوں واپس بھیجو۔</p>
<p><b>Section one: Personal details</b></p>	<p><b>پہلا حصہ: ذاتی تفصیلاں</b></p>
<p>Full name:</p>	<p>مکمل نام:</p>
<p>Address:</p>	<p>پتہ:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>ٹیلیفون نمبر:</p>
<p>Email address:</p>	<p>ای میل ایڈریس:</p>

<p><b>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</b></p>	<p>میریانی کر کے سارے سوال مکمل کرو اتے اونہاں سارے جواباں تے نشان لاؤ جیناں دا تہاڈے تے اطلاق ہوندا اے۔</p>
<p>1.1 Date questionnaire completed:</p>	<p>1.1 سوالناواں مکمل کرن دی تاریخ:</p>
<p>1.2 Which of the following best describes you?</p> <p><input type="checkbox"/> Male  <input type="checkbox"/> Female  <input type="checkbox"/> Other  <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.2 کیہڑی جنس نال تہاڈی بہترین نمائندگی ہوندی اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> بندہ  <input type="checkbox"/> زنانی  <input type="checkbox"/> کوئی پور  <input type="checkbox"/> نہ دسنا ترجیح اے</p>
<p>1.3 Is this the same gender you were given at birth?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.3 کیہ ایہہ اوبی جنس اے جیہڑی تہاڈی پیدائش ویلے سی؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں  <input type="checkbox"/> نہ دسنا ترجیح اے</p>
<p>Date of birth: Date _____ Month _____ Year</p>	<p>تاریخ پیدائش: تاریخ _____ مہینہ _____ سال _____</p>
<p>1.5 Religion:</p> <p><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</p>	<p>1.5 مذہب:</p> <p><input type="checkbox"/> بدھ مت  <input type="checkbox"/> عیسائی  <input type="checkbox"/> ہندو  <input type="checkbox"/> یہودی  <input type="checkbox"/> مسلمان  <input type="checkbox"/> سیکھ  <input type="checkbox"/> پور مذہب  <input type="checkbox"/> کوئی مذہب نہیں</p>
<p>1.6 Marital status:</p> <p><input type="checkbox"/> Married/civil partner  <input type="checkbox"/> Divorced  <input type="checkbox"/> Widowed  <input type="checkbox"/> None of the above</p>	<p>1.6 ازدواجی حیثیت:</p> <p><input type="checkbox"/> شادی شدہ/سیول پارٹنر  <input type="checkbox"/> طلاق یافتہ  <input type="checkbox"/> بیوہ / رنڈوا  <input type="checkbox"/> اوٹے ذکر کیتیاں وچوں کوئی نہیں</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 جنسی رجحان:</p> <p><input type="checkbox"/> دگر جنسی (مخالف جنس ول راغب ہونا)</p> <p><input type="checkbox"/> ہم جنسی (اپنے ورگی جنس ول راغب ہونا)</p> <p><input type="checkbox"/> دو جنسی (بندیاں اتے زنانیاں دونوں ول راغب ہونا)</p> <p><input type="checkbox"/> نہ دسنا ترجیح اے</p> <p><input type="checkbox"/> کوئی ہور</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 بول چال دی مڈھلی بولی:</p> <p><input type="checkbox"/> البانی</p> <p><input type="checkbox"/> عربی</p> <p><input type="checkbox"/> دری</p> <p><input type="checkbox"/> انگریزی</p> <p><input type="checkbox"/> فارسی</p> <p><input type="checkbox"/> کوئی ہور</p> <p><input type="checkbox"/> روسی</p> <p><input type="checkbox"/> تیگرینیا</p> <p><input type="checkbox"/> یوکرینی</p> <p><input type="checkbox"/> اردو</p> <p><input type="checkbox"/> ویتنامی</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 بول چال دی دوجی بولی:</p> <p><input type="checkbox"/> البانی</p> <p><input type="checkbox"/> عربی</p> <p><input type="checkbox"/> دری</p> <p><input type="checkbox"/> انگریزی</p> <p><input type="checkbox"/> فارسی</p> <p><input type="checkbox"/> کوئی ہور</p> <p><input type="checkbox"/> روسی</p> <p><input type="checkbox"/> تیگرینیا</p> <p><input type="checkbox"/> یوکرینی</p> <p><input type="checkbox"/> اردو</p> <p><input type="checkbox"/> ویتنامی</p> <p><input type="checkbox"/> کوئی نہیں</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 کیہ تہانوں مترجم دی لوڑ اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</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><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> I don't mind</p>	<p>1.11 کیہ تسی مرد یا زنانی مترجم وچوں کسے ئوں ترجیح دیو گے؟ میربانی کر کے آگاہ رہو کہ مترجم دی دستیابی دا ایہہ مطلب ہو سکدا اے کہ ممکن اے کہ ہمیشہ تہاڈی ترجیح نوں پورا نہ کیتا جا سکے۔</p> <p><input type="checkbox"/> بندہ</p> <p><input type="checkbox"/> زنانی</p> <p><input type="checkbox"/> مینوں کوئی اعتراض نہیں</p>
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I have difficulty reading</p>	<p>1.12 کیہ تسی اپنی بولی وچ پڑھ سکدے او؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</p> <p><input type="checkbox"/> مینوں پڑھن وچ مشکل ہوندی اے</p>

<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I have difficulty writing</p>	<p>1.13 کیا تسی اپنی بولی وچ لکھ سگدے او؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p> <p>میںوں لکھن وچ مشکل ہوندی اے <input type="checkbox"/></p>		
<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.14 کیا تہانوں اشاریاں دی بولی وچ معاونت دی لوڑ اے؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></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><u>قریبی عزیز</u></p>	<p>نان:</p> <p>رابطے لئی ٹیلیفون نمبر:</p> <p>پتہ:</p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<p>ہنگامی رابطہ (جے ہور ہووے)</p>	<p>نان:</p> <p>رابطے لئی ٹیلیفون نمبر:</p> <p>پتہ:</p>

<p>Section two: Health questions</p>	<p>دوجا حصہ: صحت توں متعلق سوالات</p>
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 کیہ ایس ویلے تہاڈی طبیعت خراب اے یا تسی بمار او؟  <input type="checkbox"/> جی نئیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 کیہ تہانوں صحت دے رولے دے کارن توں چھیتی مدد دی لوڑ اے؟  <input type="checkbox"/> جی نئیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں</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  <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"/> Skin complaints or rashes  <input type="checkbox"/> Blood in your urine  <input type="checkbox"/> Blood in your stool  <input type="checkbox"/> Headache  <input type="checkbox"/> Pain  <input type="checkbox"/> Low mood  <input type="checkbox"/> Anxiety  <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares  <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping  <input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions  <input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life  <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.3 کیہ موجودہ طور تے تہاڈے وچ تھلے دتیاں وچوں کوئی علامتاں پائیاں جاندیاں نیں؟ میربانی کر کے سارے قابل اطلاق تے نشان لاؤ</p> <p><input type="checkbox"/> بہار وچ گھاٹا  <input type="checkbox"/> کھنگ  <input type="checkbox"/> کھنگ وچ لہو آونا  <input type="checkbox"/> سوتے ہوئے مڑکا آونا  <input type="checkbox"/> شدید تھکاوٹ  <input type="checkbox"/> ساہ لین وچ اوکڑاں  <input type="checkbox"/> تاپ  <input type="checkbox"/> دست  <input type="checkbox"/> جلدی مرضاں یا دھپڑ  <input type="checkbox"/> تہاڈے پیشاب وچ لہو آونا  <input type="checkbox"/> تہاڈے پاخانے وچ لہو آونا  <input type="checkbox"/> سر دی پیڑ  <input type="checkbox"/> تکلیف  <input type="checkbox"/> افسردگی  <input type="checkbox"/> اضطراب  <input type="checkbox"/> پریشان کرن آلیاں یاداں یا ڈراؤنے سپنے  <input type="checkbox"/> سون وچ اوکڑاں  <input type="checkbox"/> ایذاں محسوس ہونا جیڈاں تسی اپنے خیالاں یا کماں تے قابو پان توں قاصر او  <input type="checkbox"/> ایذاں محسوس ہونا جیڈاں تسی خود نوں نقصان پہنچانا چاہندے او یا حیاتی توں بیزار او  <input type="checkbox"/> کوئی ہور</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 میربانی کر کے جٹے دی تصویر تے اوس حصے (حصاں) تے نشان لاؤ جتھے موجودہ طور تے صحت دے رولے (رولیاں) دا شکار او</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 کیا تہانوں صحت دے کوئی معلوم رولے لاحق نیں جیہڑے اجے وی ہون؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</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><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p><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>2.6 کیا تہانوں تھلے دتیاں بیماریاں وچوں کوئی لاحق اے یا ربی سی؟ میربانی کر کے ساریاں قابل اطلاق تے نشان لاؤ</p> <p><input type="checkbox"/> آر تھرائٹس</p> <p><input type="checkbox"/> دمہ</p> <p><input type="checkbox"/> لہو دا مرض</p> <p><input type="checkbox"/> لہو دے رتے خلیاں دی شکل دا مرض</p> <p><input type="checkbox"/> تھالیسیمیا</p> <p><input type="checkbox"/> کینسر</p> <p><input type="checkbox"/> دندان دے رولے</p> <p><input type="checkbox"/> شوگر</p> <p><input type="checkbox"/> مرگی</p> <p><input type="checkbox"/> اکھاں دے رولے</p> <p><input type="checkbox"/> دل دیاں مرضاں</p> <p><input type="checkbox"/> بیپاٹائٹس B</p> <p><input type="checkbox"/> بیپاٹائٹس C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV یا AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> ودھ بلڈ پریشر</p> <p><input type="checkbox"/> گردیاں دے رولے</p>

<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"/> جگر دے رولے <input type="checkbox"/> پھیپھڑیاں دے لمبے ویلے آلے رولے/ساں لین وچ اوکڑاں <input type="checkbox"/> ذہنی صحت دے رولے <input type="checkbox"/> افسردگی/ڈپریشن <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> صدمے توں بعد دے تناؤ دا مرض (Post-traumatic stress disorder, PTSD) <input type="checkbox"/> ماضی وچ خود نوں نقصان پہنچایا <input type="checkbox"/> خودکشی دی کوشش کیتی <input type="checkbox"/> کوئی ہور <input type="checkbox"/> آسٹیو پوروسز (ہڈیاں دی بوسیدگی) <input type="checkbox"/> جلدی مرضاں <input type="checkbox"/> فالج <input type="checkbox"/> تھانی رائیڈ دی ہماری <input type="checkbox"/> تنپ دق (TB) <input type="checkbox"/> کوئی ہور
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 کیہ تہاڈا کدی وی کوئی آپریشن ہویا / کوئی سرجری ہوئی؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<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 جے تہاڈا آپریشن / سرجری ہوئی دی اے تاں اوہنوں کنا ویلا ہو گیا اے؟</p> <input type="checkbox"/> پچھلے 12 مہینیاں وچ <input type="checkbox"/> 1 – 3 سال پہلاں <input type="checkbox"/> 3 سال توں ودھ ویلے پہلاں
<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 کیہ تہانوں جنگ، لڑائی یا تشدد دے نتیجے توں کسے جسمانی چوٹ دا سامنا کرنا پیا اے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<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 کیہ تہانوں ذہنی صحت دے کوئی رولے لاحق نیں؟ ایہہ کسے جنگ، لڑائی، تشدد یا زبردستی ملک بدری دے نتیجے توں ہو سکدے نیں؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں

<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>2.11 کچھ طبی رولے نسل در نسل چلے نہیں۔ کچھ تہاڑے ٹبر وچوں کوئی شخص (پیو، ماں، بھین بھرا اتے دادا/دادی) تھلے دتیاں وچوں کسے وچ مبتلا رہیا سی/رہی سی یا رہیا/رہی اے؟ میربانی کر کے سارے قابل اطلاق تے نشان لاؤ</p> <p><input type="checkbox"/> کینسر  <input type="checkbox"/> شوگر  <input type="checkbox"/> ڈپریشن/ذہنی صحت دا مرض  <input type="checkbox"/> دل دا دورہ  <input type="checkbox"/> ودھ بلڈ پریشر  <input type="checkbox"/> فالج  <input type="checkbox"/> کوئی بور</p>								
<p>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  <b>Please bring any prescriptions or medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 1041 774 1406"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 کچھ تسی نسخہ جاتی دوائیاں ورت رہے او؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں – میربانی کر کے اوہناں دوائیاں اتے خوراکاں نوں تھلے دتے گئے خانے وچ درج کرو، جیہڑیاں تہاڑے لئی تجویز کتیاں گئیاں نہیں میربانی کر کے اپنی اپائنٹمنٹ تے کسے وی قسم دے نسخے یا دوائیاں نال لے کے آؤ</p> <table border="1" data-bbox="821 1041 1460 1406"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نال</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نال		
Name	Dose								
خوراک	نال								
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 کچھ تسی اگلے کچھ ہفتیاں وچ اوہناں دوائیاں دے مک جان بارے پریشان او؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>								
<p>2.14 Do you take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below  <b>Please bring any medications to your appointment</b></p>	<p>2.14 کچھ تسی کوئی ایذاں دیاں دوائیاں لیندے او جیہڑیاں صحت دے ماہر ولوں تجویز کتیاں نہیں جیویں اوہ دوائیاں جیہڑیاں تسی فارمیسی/دکان/انٹرنیٹ یا باہر لے ملک توں منگوائیاں ہون؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں – میربانی کر کے اوہ دوائیاں اتے خوراکاں تھلے دتے گئے خانے وچ درج کرو میربانی کر کے اپنی اپائنٹمنٹ تے کسے وی قسم دیاں دوائیاں نال لے کے آؤ</p>								



Name	Dose	خوراک	نان
2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.15 کیه تہانوں کسے دوائی توں الرجی اے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں	
2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.17 کیه تہانوں کسے ہور شے توں الرجی اے؟ (جیویں کسے خوراک، کیڑے مکوڑے دے کٹن توں، لیٹیکس دستانیاں توں)؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں	
2.18 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.17 کیه تہانوں کوئی جسمانی معذوری اے یا ٹرن پھرن وچ اوکڑاں دا سامنا اے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں	
2.19 Do you have any sensory impairments? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems		2.18 کیه تسی کسے جسی خرابی وچ مبتلا او؟ میربانی کر کے ساری قابل اطلاق تے نشان لاؤ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> نابینا پن <input type="checkbox"/> نظر دی جزوی خرابی <input type="checkbox"/> مکمل بولا پن <input type="checkbox"/> جزوی طور تے گھٹ سننا <input type="checkbox"/> سُنگھن اتے/یا چکھن دے رولے	
2.20 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.19 کیه تسی سکھن دی معذوری دا شکار او؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں	
2.21 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.20 کیه کوئی ایذاں دا مخصوص ذاتی رولا اے جیدے پاروں تسی نگہداشتِ صحت دے ماہر نال اگلی اپائنٹمنٹ تے تبادلہ خیال کرنا چاہندے او/اوہناں نوں ظاہر کرنا چاہندے او؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں	

Section three: Lifestyle questions	تیجا حصہ: رہن سہن توں متعلق سوالات
<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>There is <b>1 unit</b> of alcohol in:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="188 660 263 784">  <p>½ pint glass of beer</p> </div> <div data-bbox="178 929 242 1034">  <p>1 small glass of wine</p> </div> <div data-bbox="169 1176 233 1232">  <p>1 single measure of spirits</p> </div> </div>	<p>3.1 تسی کئی وار الکحل پیندے او؟</p> <p><input type="checkbox"/> کدی وی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> مہینے وچ یا اوس توں گھٹ</p> <p><input type="checkbox"/> مہینے وچ 2-4 وار</p> <p><input type="checkbox"/> اک ہفتے وچ 2-3 وار</p> <p><input type="checkbox"/> اک ہفتے وچ 4 یا ودھ وار</p> <p>تہلے الکحل دا <b>1 یونٹ</b> موجود اے:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="1369 660 1444 784">  <p>بیئر دا ½ پینٹ گلاس</p> </div> <div data-bbox="1369 929 1444 1034">  <p>وائن دا 1 چھوٹا گلاس</p> </div> <div data-bbox="1391 1176 1455 1232">  <p>اسپرٹس دا 1 اکو پیمانہ</p> </div> </div>
<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>3.3 جب تسی الکحل پی رہے او تاں معمول دے مطابق دن وچ تسی اوہدے کئی یونٹس پیندے او؟</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 یا ودھ</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>3.3 پچھلے سال اک ای موقع تے تسی کئی وار، جے زنانی او تاں 6 یا ودھ یونٹ پیتے، یا بندہ ہون دی صورت وچ 8 یا ودھ یونٹ پیتے؟</p> <p><input type="checkbox"/> کدی وی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> مہینے توں گھٹ</p> <p><input type="checkbox"/> مہینے وچ</p> <p><input type="checkbox"/> ہفتہ وار</p>

<input type="checkbox"/> Daily or almost daily	<input type="checkbox"/> ہر دن یا تقریباً روزانہ
<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 کیا تسی ایساں دیاں نشہ آور شیواں ورتدے او جیہڑیاں صحت لئی نقصان دہ ہوں جیویں بھنگ، کوکین، افیون؟</p> <input type="checkbox"/> کدی وی نہیں <input type="checkbox"/> میں ایساں دی نشہ آور شیواں نوں ورتنا چھڈ دتا اے جیہڑیاں نقصان دہ ہو سکدیاں نیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<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>How many years have you smoked for?  _____</p> <input type="checkbox"/> Tobacco <p>Would you like help to stop smoking?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>3.5 کیا تسی سیگٹ پیندے او؟</p> <input type="checkbox"/> کدی وی نہیں <input type="checkbox"/> میں سیگٹ پینا چھڈ دتی اے <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> سیگٹاں دن وچ کئی وار؟ _____ <p>تسی کئی سالوں توں سیگٹ پی رہے او؟ _____</p> <input type="checkbox"/> تمباکو <p>کیا تسی سیگٹ پین توں چھٹکارے لئی مدد چاہندے او؟</p> <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
<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 کیا تسی تمباکو چباندے او؟</p> <input type="checkbox"/> کدی وی نہیں <input type="checkbox"/> میں تمباکو چبانا چھڈ دتا اے <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p><b>Section four: Vaccinations</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> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 کیا تہانوں اپنے آبائی ملک وچ بچپن دے سارے حفاظتی ٹیکے لوائے گئے سی؟</p> <p><b>جے تہاڈے کول اپنے حفاظتی ٹیکیاں دا ریکارڈ موجود اے تاں میریانی کر کے اپنی اپائنٹمنٹ تے اوہناں نوں نال لے کے آؤ۔</b></p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> مینوں معلوم نہیں
<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	<p>4.2 کیا تہانوں تپ دق (TB) دا ٹیکہ لگ چکیا اے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> مینوں معلوم نہیں

<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 کیہ تہانوں COVID-19 دا ٹیکہ لگ چُکیا اے؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p> <p>1 خوراک <input type="checkbox"/></p> <p>2 خوراکیں <input type="checkbox"/></p> <p>3 خوراکیں <input type="checkbox"/></p> <p>3 ٹوں ودھ خوراکیں <input type="checkbox"/></p> <p>میںوں معلوم نہیں <input type="checkbox"/></p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>پنجواں حصہ: صرف خاتون مریضاں لئی سوال</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 کیہ تسی حاملہ او؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>میں حاملہ ہو سکی دی آن؟ <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p> <p>تسی کنے ہفتیاں دی حاملہ او؟ _____</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 کیہ تسی مانع حمل دوائیاں ورتدے او؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p> <p>تسی کیہڑا طریقہ ورتدے او؟</p> <p><input type="checkbox"/> رکاوٹی مانع حمل مثلاً کنڈومز، جیل</p> <p><input type="checkbox"/> منہ راہیں لئی جاوون آلی مانع حمل گولیاں</p> <p><input type="checkbox"/> کاپر کوائل/انٹرا یوٹرائن ڈیوائس (Intrauterine device, IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> ہارمونل کوائل/انٹرا یوٹرائن سسٹم (Intrauterine System, IUS) جیویں میرینا (Mirena)</p> <p><input type="checkbox"/> مانع حمل انجیکشن</p> <p><input type="checkbox"/> مانع حمل امپلانٹ</p> <p><input type="checkbox"/> کوئی ہور</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 کیہ تہانوں چھیتی نال کسے مانع حمل دی لوڑ اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</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 کیہ تسی کدی وی سرویکل سمیئر یا کوئی سمیئر ٹیسٹ کروایا اے؟ ایہ تہاڈے سروکس دی صحت دا معائنہ کرن دا ٹیسٹ اے اتے تہانوں سرویکل کینسر توں بچن وچ مدد دیندا اے۔</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</p> <p><input type="checkbox"/> میں ہور جانکاری جاننا چاہندی آن</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 کیہ تہاڈی ہسٹیریٹومی کیتی گئی اے (یعنی تہاڈی بچہ دانی اتے سروکس نوں کٹن دا آپریشن کیتا گیا اے)؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</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 اک زنانی مریض دے طور تے کیہ کوئی ایذاں مخصوص ذاتی رولا اے جیدے تے تسی اپنی اگلی اپائنٹمنٹ تے نگہداشت صحت دے/دی ماہر نال تبادلہ خیال کرنا/یا اوہناں نوں ظاہر کرنا چاہندے او؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</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>جے کوئی ایذاں دی گل اے جیہڑی تسی ایس فارم وچ سانجھی کرن تے جھجھک محسوس کردے او اتے تسی اوہنوں ڈاکٹر نال سانجھا کرنا چاہندے او، تاں میربانی کر کے اپنی GP نوں کال کرو اتے اپائنٹمنٹ طے کرواؤ۔</p>