

English	Sylheti
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>যে সব রুগি অগল যুক্তরাইজ্যত পয়লা আয় তারার লাগি প্রশ্ন অকল</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-অর লগে নিবন্ধন খরার অধিকর সবর আছে। GP-অর লগে নিবন্ধন খরার লাগি আফনার কুনতা ঠিকানার প্রমাণ, অভিবাসনর অবস্থা আর নয় NHS নম্বরর দরখার নাই।</p> <p>অউ প্রশ্ন অগলর মাইধ্যমে আফনার স্বাস্থ্য লইয়া তইথ্য সংগ্রহ খরা অইব, যাতে আফনার GP প্র্যাক্টিস-অ থাকা স্বাস্থ্য বিষইয়-অ বিশেষজ্ঞ অগল-অ বুঝতা ফারইন যে, ন্যাশনাল হেলথ সার্ভিস (National Health Service)-অর গুপনীয়তা আর তইথ্য শেয়ার খরার নীতি মুতাবেক আফনার কুন ধরণর সাহাইয়, চিকিৎসা বা বিশেষ সেবা দরখার অইত ফারে।</p> <p>আফনার সরাসরি সেবার উদ্দেশ্য বাদে আফনার কুনু তইথ্য GP প্রকাশ খরত নয়। যদি না আফনে রাজি অইয়া থাকইন (যেলাখান, যেতা চিকিৎসা লইয়া গবেষণার মাঝে কামে লাগত ফারে); বা আইন মুতাবেক তানরা অতা খরতা বাইধ্য অইতা ফারইন (যেলা, বাচ্চা বড় ধরণর কুনতা ক্ষতি থাকি অইন্যরারে বাচানির লাগি); আর নয় জরুরি মাইষ্যর স্বার্থে কুনু কারণ থাকিয়া থাকে (যেলাখা, আফনে কুনু সংক্রামক রুগে আক্রান্ত অইয়া থাকিন)। আফনের GP আফনের তইথ্য কিলাখান ব্যবহার খরবা অতা লইয়া আরও তইথ্য আফনার GP প্র্যাক্টিস-অর কাছে ফাওয়া যাইব।</p> <p>আফনার GP প্র্যাক্টিস-অর কাছে আফনার উত্তর অগল জমা দেইন।</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>অনুচ্ছেদ এক: ব্যক্তিগত তথ্য</p>
<p>Full name:</p>	<p>ফুরা নাম:</p>
<p>Address:</p>	<p>ঠিকানা:</p>

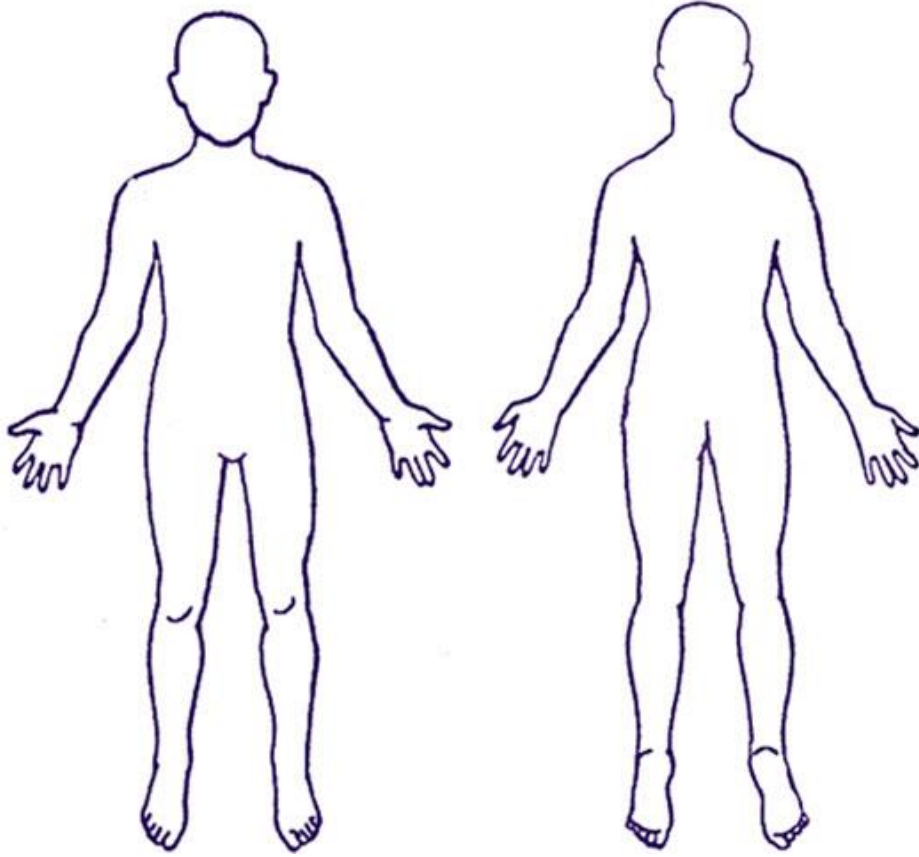
Telephone number:	টেলিফোন নম্বর:
Email address:	ইমেইল ঠিকানা:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	দয়া খরিয়া সবতা প্রশ্নর উত্তর দেইন আর আফনার লগে মিলে অলাখান সবতা প্রশ্ন-র মাঝে টিক চিহ্ন দেইন।
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 প্রশ্ন অগল পূরণ খরার তারিখ:
1.2 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 নিচর কুন জিনিসটা আফনারে লইয়া ভালা ভাব -অ 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 জন্মর সমে আফনার কিতা অউ লিঙ্গ আছিল নি? <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 আফনে বিবাহিত না অবিবাহিত: <input type="checkbox"/> বিবাহিত/সিভিল পার্টনার <input type="checkbox"/> তালাকপ্রাপ্ত <input type="checkbox"/> বিধবা <input type="checkbox"/> উপরের কোনোটি নয়

<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 যৌন আসক্তি:</p> <p><input type="checkbox"/> হেটারোসেক্সুয়াল (বিপরীত-লিঙ্গ-অর প্রতি আকৃষ্ট হই)</p> <p><input type="checkbox"/> হোমোসেক্সুয়াল (সম-লিঙ্গ-অর প্রতি আকৃষ্ট অই)</p> <p><input type="checkbox"/> বাইসেক্সুয়াল (বেটি ও বেটার প্রতি আকৃষ্ট অই)</p> <p><input type="checkbox"/> উত্তর দিতাম চাইরাম না <input type="checkbox"/> অন্যান্য</p>
<p>1.8 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>1.8 যে ভাষাত মাতইন:</p> <p><input type="checkbox"/> আলবেনিয়ান <input type="checkbox"/> রুশ</p> <p><input type="checkbox"/> আরবি <input type="checkbox"/> টাইগ্রিনিয়া</p> <p><input type="checkbox"/> দারি <input type="checkbox"/> ইউক্রেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> উর্দু</p> <p><input type="checkbox"/> পার্সিয়ান <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামিজ</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p>
<p>1.9 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.9 দ্বিতীয় কুন্ ভাষাত মাতিয়া থাকলে:</p> <p><input type="checkbox"/> আলবেনিয়ান <input type="checkbox"/> রুশ</p> <p><input type="checkbox"/> আরবি <input type="checkbox"/> টাইগ্রিনিয়া</p> <p><input type="checkbox"/> দারি <input type="checkbox"/> ইউক্রেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> উর্দু</p> <p><input type="checkbox"/> পার্সিয়ান <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামিজ</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> কোনোটিই</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 আফনার কিতা দোভাষীর দরখার আছে নি?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</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 আফনার বেটা দোভাষী নায় বেটি দোভাষী চাইরায় ? অনুগ্রহ খরিয়া মনো রাখবা, দোভাষী ফাইবার মানে অলাখান নায় যে সবসমে আফনার পছন্দ মত দোভাষী ফাওয়া যাইবা</p> <p><input type="checkbox"/> পুরুষ</p> <p><input type="checkbox"/> মহিলা</p> <p><input type="checkbox"/> আমার কুনতা পছন্দ নাই</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 আফনে নিজর ভাষা ফড়তা ফারইন নি?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> পড়ার সমে আমার সমইস্যা অয়</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 আফনে নিজর ভাষা লেখতা ফারইন নি?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> লেখার সমে আমার সমইস্যা অয়</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 আপনার কিতা ইশারাত মাতার দরখার নি?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</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>নাম:</p> <p>যুগায়ুগ-অর লাগি টেলিফোন নম্বর:</p> <p>ঠিকানা:</p>	<p>কাছর আত্মীয়</p>
<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>জরুরি পরিস্থিতির মাঝে যুগায়ুগ অর নম্বর (আলাদা কুনুগু অইলে)</p>

		ঠিকানা:	
Section two: Health questions		অনুচ্ছেদ দুই: স্বাস্থ্য লইয়া প্রশ্ন	
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.1 আফনে কিতা অখন অসুস্থ বোধ খররা নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ		
2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.2 আফনার স্বাস্থ্য সমস্যার লাগি আফনার কুনতা জরুরি সহায়্য দরখার আছে নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ		
2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i> <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	2.3 অখন আফনার কিতা নিচর কুনু উপসর্গ আছে নি? <i>প্রযোজ্য সববতার মাঝে টিক চিহ্ন দেইন</i> <input type="checkbox"/> ওজন কমি যাওয়া <input type="checkbox"/> কাশি <input type="checkbox"/> কাশির মাঝে রক্ত <input type="checkbox"/> রাইতে ঘাম ছুটি যাওয়া <input type="checkbox"/> বাক্সা ক্লাত্তি <input type="checkbox"/> শ্বাসপ্রশ্বাস নেওয়াত সমস্যা <input type="checkbox"/> জ্বর <input type="checkbox"/> ডায়রিয়া <input type="checkbox"/> স্বকের সমইস্যা বা ফুসকুড়ি <input type="checkbox"/> প্রশ্রাব-অর লগে রক্ত যাওয়া <input type="checkbox"/> মল-অর লগে রক্ত যাওয়া <input type="checkbox"/> মাতা ব্যথা <input type="checkbox"/> ব্যাথা <input type="checkbox"/> মিজাজ খারাপ <input type="checkbox"/> উদ্বেগ <input type="checkbox"/> যন্ত্রণাদায়ক আগর কুনুতা/অতীত বা দুঃস্বপ্ন <input type="checkbox"/> ঘুম-অর অসুবিধা		

	<input type="checkbox"/> নিজ-অর চিন্তাভাবনা বা কাজকর্ম নিয়ন্ত্রণ খরতা ফারইন না অলাখান মনো অয় <input type="checkbox"/> নিজ-অর ঞ্ফতি খরা বা আশ্বহত্যা খরার লাগি মনো অওয়া <input type="checkbox"/> অন্যান্য
2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)	2.4আফনে শরীর-অর কুন জেগাত সমস্যা মনো খররা অনুগ্রহ খরিয়া ছবির ভিত্রে অটা চিহ্নিত করুকা









2.5 Do you have any known health problems that are ongoing? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.5 আফনার কিতা অলাখান কুনু শারীরিক সমইস্যা চলের নি যেতা আফনে জানইন? <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 <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder	2.6 আফনার কিতা নিচ-অর কুনু সমইস্যা আছে নি বা আগে কুনু সমে আছিল নি? প্রযোজ্য সবতার মাঝে টিক চিহ্ন দেইন <input type="checkbox"/> আর্থ্রাইটিস

<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"/> হাঁপানি <input type="checkbox"/> রক্ত-অর অস্বাভাবিক অবস্থা <input type="checkbox"/> সিকল সেল অ্যানেমিয়া <input type="checkbox"/> থ্যালাসেমিয়া <input type="checkbox"/> ক্যান্সার <input type="checkbox"/> দাঁত-অর সমস্যা <input type="checkbox"/> ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> মৃগী রোগ <input type="checkbox"/> চুখ-অর সমস্যা <input type="checkbox"/> হৃদযন্ত্র-ত 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"/> কিডনি-ত সমস্যা <input type="checkbox"/> যকৃৎ বা লিভার-অ সমস্যা <input type="checkbox"/> বাক্সা দিন থাকি ফুসফুস-অর সমস্যা/শ্বাসপ্রশ্বাস-অ সমস্যা <input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্য লইয়া সমস্যা <input type="checkbox"/> মিজাজ খারাপ/বিশ্বস্ততা <input type="checkbox"/> উদ্বেগ <input type="checkbox"/> আঘাত ফাইবার বাদে মানসিক চাপজনিত অসুস্থতা (PTSD) <input type="checkbox"/> আগো নিজ-অর ক্ষতি খরা অইয়া থাকলে <input type="checkbox"/> আত্মহত্যার চেষ্টা খরা অইছিল <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> অস্টিওপোরোসিস <input type="checkbox"/> স্বক-অর রুগ <input type="checkbox"/> স্ট্রোক <input type="checkbox"/> থাইরয়েড-অর সমস্যা <input type="checkbox"/> যক্ষ্মা (TB) <input type="checkbox"/> অন্যান্য
2.7 Have you ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 আফনার কুন্সু সমে অপারেশন / অস্ত্রোপচার অইছিল নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this? <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago	2.8 আফনার যদি অপারেশন / অস্ত্রোপচার অই থাকে, তে অটা কত সময় আগ-অ অইছিল? <input type="checkbox"/> গত 12 মাস-অর ভিতরে

<input type="checkbox"/> Over 3 years ago	<input type="checkbox"/> 1 - 3 বছর আগ-অ <input type="checkbox"/> 3 বছর আগ-অ								
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 অত্যাচার-অর খারণে আফনার কুনতা শারীরিক আঘাত আছে নি? <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 আফনার কুনু মানসিক সমসইস্যা আছে নি? অটা অইত ফারে যুদ্ধ, সংঘাত, অত্যাচার থাকি বা দেশ থাকি জুর খরি ফালানিত বাইধ্য খরার মাইধ্যম-অ? <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 লইয়া থুরা সমসইস্যা পরিবার-অর মাঝে থাকত ফারে। আফনার পরিবার-অর কুনু সদইস্যা (বাক, মা, সহোদর ভাই বইন ও দাদা-দাদী) কিতা নিচ-র কুনু সমস্যাত ভুগছইন নি? প্রযোজ্য সবতার মাঝে টিক চিহ্ন দেইন <input type="checkbox"/> ক্যান্সার <input type="checkbox"/> ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> বিষণ্ণতা/মানসিক স্বাস্থ্য লইয়া 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 1736 774 1780"> <thead> <tr> <th data-bbox="151 1736 566 1780">Name</th> <th data-bbox="566 1736 774 1780">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			2.12 আফনে কিতা ব্যবস্থাপত্র মানিয়া কুনু ঔষধ খাইরা নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ –অনুগ্রহ খরিয়া আফনার ব্যবস্থাপত্র-অ ঔষধ ও ডোজ নিচ-অর বক্সে-অর মাঝে লেখইন সাক্ষাতর সমে দয়া খরিয়া আফনার কুনু ব্যবস্থাপত্র বা ঔষধ লগে লইয়া আইন যেন <table border="1" data-bbox="821 1870 1460 1915"> <thead> <tr> <th data-bbox="821 1870 1236 1915">নাম</th> <th data-bbox="1236 1870 1460 1915">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 বাদ-অর কয়ক সপ্তাত অউ ঔষধ-অর কুনুটা শেষ অই গেলে আফনার কুনু সমইস্যা অইব নি?</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 –<i>please list medicines and doses in the box below</i> Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="151 1249 778 1657"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 আফনে কিতা অলাখান কুনু ঔষধ খাইরা নি যেতা কুনু স্বাস্থ্য বিষয়ক অভিজ্ঞ কুনুগে দিছইন না, যেলাখান কুনু ফার্মেসি/দোকান/ইন্টারনেট থাকি কিনছইন বা বিদেশ থাকি পাঠানি অইছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ –<i>অনুগ্রহ খরি ঔষধ ও ডোজ নিচ-অর বাক্স-র মাঝে লেখইন</i></p> <p>সাফ্ফাতর সমে দয়া খরিয়া আফনার কুনু ব্যবস্থাপত্র বা ঔষধ লগে লইয়া আইন যেন</p> <table border="1" data-bbox="826 1281 1455 1765"> <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 আফনার কুনু ঔষধ-অর মাঝে অ্যালার্জি আছে নি?</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 কুনতার মাঝে আফনার অ্যালার্জি আছে নি? (যেলাথান, খানির কিচ্ছু, পোকামাকড়-অর হল, রাবার অর 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 আফনার কুনু শারীরিক প্রতিবন্ধীত্ব বা চলাফেরার মাঝে কুনু সমইস্যা আছে নি?</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 আফনার কিতা ইন্দ্রিয় জনিত কুনু সমইস্যা আছে নি? <i>প্রযোজ্য সবতার মাঝে টিক চিহ্ন দেইন</i></p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> অন্ধত্ব <input type="checkbox"/> দৃষ্টিশক্তি আংশিকভাবে-অ নষ্ট অওয়া <input type="checkbox"/> ফুরাফুরি বধির (কান-অ কম শুনা) হওয়া <input type="checkbox"/> শ্রবণশক্তি আংশিকভাবে-অ নষ্ট অওয়া <input type="checkbox"/> গন্ধ বা স্বাদ-অ সমইস্যা</p>
<p>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.19 কিচ্ছু হিকার ব্যাপারে আফনার কুনু সমইস্যা আছে নি?</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 লগে আফনার বাদ-অর সাফ্রাত-অ কুনু ব্যক্তিগত বিষয় লইয়া মাততা চাইরা নি?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>Section three: Lifestyle questions</p>	<p>অনুচ্ছেদ তিন: জীবনধারা লইয়া 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>3.1 আফনে কত সময় বাদে বাদে অ্যালকোহল লইয়া থাকইন ?</p> <p><input type="checkbox"/> কখনোই না <input type="checkbox"/> মাস-অর ভিতরে একবার বা তার কম <input type="checkbox"/> মাস-অ 2-4 বার <input type="checkbox"/> সপ্তাত 2-3 বার</p>

<p>There is 1 unit of alcohol in:</p>  <p>½ pint glass of beer</p>  <p>1 small glass of wine</p>  <p>1 single measure of spirits</p>	<p><input type="checkbox"/> সপ্তাত 4 বার বা তার বেশি</p> <p>অটাত 1 ইউনিট অ্যালকোহল আছে:</p>  <p>বিয়ার-অর ½ পাইন্ট গ্লাস-অ</p>  <p>ওয়াইন-অর 1টা ছুটু গ্লাস-অ</p>  <p>স্পিরিট-অর 1টা একক পরিমাপ মতে</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 যেদিন আফনে মদ পান করইন অউ দিন কত খানি ইউনিট অ্যালকোহল পান করইন?</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 থাকি 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>3.3 বছর-অ কুনু সমে একবার অইলেও আফনে কত ঘন ঘন 6 বা তার থাকি বেশি ইউনিট (বেটি অইলে) বা 8 বা তার বেশি ইউনিট (বেটা অইলে) পান খরছইন?</p> <p><input type="checkbox"/> কুনুসমে না</p> <p><input type="checkbox"/> মাসে একবার থাকি কম</p> <p><input type="checkbox"/> মাস-অ একবার</p> <p><input type="checkbox"/> সপ্তাত 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><input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>3.4 আফনে অলাখান কুনু মাদক গ্রহণ করইন নি যেতা আফনার স্বাস্থ্য-অর লাগি ক্ষতিকর, যেলাখান ভাং, কোকেন, হেরোইন?</p> <p><input type="checkbox"/> কখনোই না</p> <p><input type="checkbox"/> ক্ষতি অইত ফারে অলাখান মাদক গ্রহণ আমি ছাড়ি দিছি</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</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>3.5 আফনে ধূমপান করইন নি ?</p> <p><input type="checkbox"/> কখনোই না</p> <p><input type="checkbox"/> আমি ধূমপান ছাড়ি দিলাইছি</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> সিগারেট</p> <p>প্রত্যেক দিন কয়টা?</p> <p>_____</p> <p>আফনে কত বছর ধরি ধূমপান কররা?</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> তামাক</p> <p>ধূমপান ছাড়ার লাগি আফনে কুনতা সাহায্য যাইরা নি?</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> না</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>3.6 আফনে কিতা তামাক চাবায়া খাইন নি?</p> <p><input type="checkbox"/> কখনোই না</p> <p><input type="checkbox"/> আমি তামাক চাবানি ছাড়ি দিলাইছি</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<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?</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>4.1 আফনে যে দেশ-অ জন্মাইছইন অউথানও বাইচ্চাইনতরে যেতা যেতা টিকা দেইন অতা লইছিলি নি?</p> <p>যদি টিকা গ্রহণ-অর কুনু রেকর্ড আফনার কাছ-অ থাকিয়া থাকে তে সাফাত-র সময় অনুগ্রহ খরিয়া অতা লইয়া আইবা।</p>

<input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> আমি জানরাম 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	<p>4.2 আফনারে কিতা যক্ষ্মার (TB) টিকা দেওয়া অইছিল নি?</p> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> আমি জানরাম না
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <ul style="list-style-type: none"> <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	<p>4.3 আফনারে কিতা কোভিড-19-অর টিকা দেয়া অইছিল নি?</p> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 ডোজ <input type="checkbox"/> 2 ডোজ <input type="checkbox"/> 3 ডোজ <input type="checkbox"/> 3 ডোজ-অর বেশি <input type="checkbox"/> আমি জানরাম না
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>অনুচ্ছেদ পাঁচ: খালি বেটি ইনতর রুগী অগলর লাগি</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes How many weeks pregnant are you? _____	<p>5.1 আফনি কিতা গর্ভবতী নি?</p> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি গর্ভবতী অইতাম ফারি <input type="checkbox"/> হ্যাঁ আফনে কত সপ্তার গর্ভবতী? _____
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <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	<p>5.2 আফনে কুনু গর্ভনিরোধক ব্যবহার খররা নি?</p> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ আফনে কোন পদ্ধতি ব্যবহার করইন? <input type="checkbox"/> প্রতিবন্ধক গর্ভনিরোধক <i>য়েলা, কনডম, জেল</i> <input type="checkbox"/> মুখ-ও খানির গর্ভনিরোধক পিল <input type="checkbox"/> কপার কয়েল/ইন্ট্রাইউটেরাইন ডিভাইস (IUD)

<input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> হরমোনাল কয়েল/ইন্ট্রাইউটেরাইন সিস্টেম (IUS) <i>য়েলা, মিরেনা</i> <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 আফনার কুণু জরুরি গর্ভনিরোধক-অর দরকার আছে নি? <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 আফনার কি কুণু সমে সার্ভিক্যাল স্মিয়ার বা স্মিয়ার পরীক্ষা অইছিল নি? অটি আফনার গর্ভাশয়-অর স্বাইস্থ্য পরীক্ষার টেস্ট এবং অটা গর্ভাশয়-অর ক্যান্সার প্রতিরোধ করত সাহাইয্য খরে। <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> আমি আরো তইখ্য ফাইতাম 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 আফনার কিতা হিসটেরেক্টমি (আফনার জরায়ু ও গর্ভাশয় অপসারণ-অর অস্ত্রোপচার) অইছিল নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
5.6As 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 একজ্জন নারী/বেটি রুগি হিসেব-অ, স্বাইস্থ্যকর্মীর লগে আফনার বাদ-অর সাক্ষাত-অ ব্যক্তিগত বিষয় আলোচনা করতা চাইরা নি? <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.	অউ ফর্ম-অত আফনে শেয়ার করাত স্বচ্ছন্দ বোধ খরনা না বা আফনে কুণু ডাক্তার-অর লগে আলোচনা করতা চাইরা না অলাখান কুণতা যদি থাকে, তে আফনার GP-রে কল করুকা আর একট্রা অ্যাপয়েন্টমেন্ট বুক করিলাইন।