

English	Nepali अंग्रेजी
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>बेलायतमा भर्खरै आएका आप्रवासीहरूका लागि बिरामी प्रश्नावली: बच्चाहरू र युवाहरू</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP</p> <p>This questionnaire is to collect information about children's health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p><b>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</b></p> <p>Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p>प्रत्येक व्यक्तिको आफ्नो जीपी दर्ता गर्ने अधिकार छ। तपाईंलाई जीपीमा दर्ता गर्नका लागि ठेगाना, आप्रवासी स्थिति, परिचयपत्र वा एनएचएस नम्बरको प्रमाण आवश्यक पर्दैन।</p> <p>यो प्रश्नावली बच्चाहरूको स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी सङ्कलन गर्न हो ताकि तपाईंको जीपी क्लिनिकमा स्वास्थ्य पेशेवरहरूले राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवाको गोपनीयता र डेटा साझेदारी नीतिहरू अनुसार उनीहरूलाई कुन सहायता, उपचार र विशेषज्ञ सेवाहरू आवश्यक हुन सक्छ भनेर बुझ्न सक्दछन्।</p> <p><b>18 वर्षभन्दा कम उमेरका सक्षम युवाहरूले वयस्क संस्करण आफैले पूरा गर्न सक्छन्।</b></p> <p>तपाईंको जीपीले तपाईंको प्रत्यक्ष हेरचाह बाहेक अन्य उद्देश्यका लागि प्रदान गर्ने कुनै पनि जानकारी प्रकट गर्दैन जबसम्म: तपाईंले सहमति दिनुभएको छैन (उदाहरणका लागि चिकित्सा अनुसन्धानलाई सहायता गर्न); वा तिनीहरूले कानून द्वारा त्यसो गर्न आवश्यक छ (उदाहरणका लागि अन्य मानिसहरूलाई गम्भीर हानिबाट बचाउन); वा किनभने त्यहाँ एक अतिरिजित सार्वजनिक चासो छ (उदाहरणका लागि तपाईं एक संक्रामक रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ)। तपाईंको जानकारी कसरी प्रयोग गर्ने भन्ने बारे थप जानकारी तपाईंको जीपी क्लिनिकबाट प्राप्त गर्न सकिन्छ।</p> <p>तपाईंको उत्तर तपाईंको जीपी क्लिनिकमा फर्काउनुहोस्।</p>

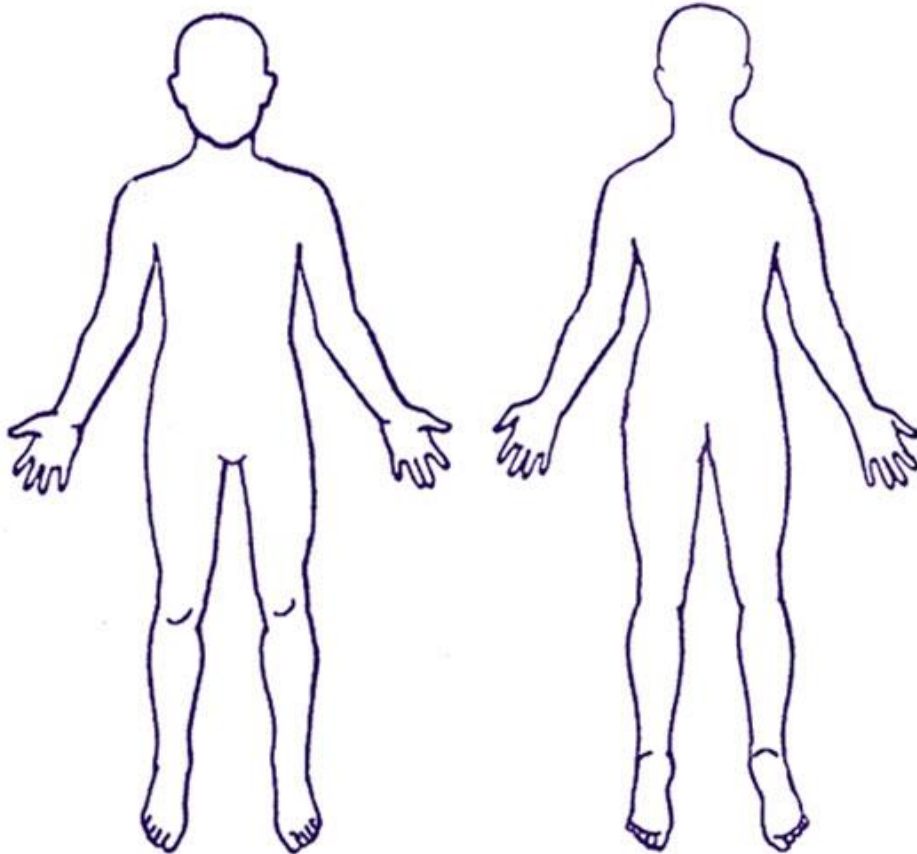
Person completing	पूरा गर्ने व्यक्ति
Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	यो फाराम कसले भर्दैछः <input type="checkbox"/> बच्चाको बाबुआमा <input type="checkbox"/> बच्चाको कानूनी अभिभावक/हेरचाह गर्ने व्यक्ति
Section one: Personal details	खण्ड एक: व्यक्तिगत विवरण
Child's full name:	बच्चाको पुरा नाम:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	बच्चाको जन्म मिति: गते _____ महिना _____ साल _____
Child's address:	बच्चाको ठेगाना:
Mother's name:	आमाको नाम:
Father's name:	बुवाको नाम
Contact telephone number(s):	सम्पर्क टेलिफोन नम्बर(हरु)
Email address:	इमेल ठेगाना:
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	

	कृपया तपाईंको बच्चांमा लागू हुने सबै उत्तर कोठाहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्।
<p>1.1 Which of the following best describes your child:</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.1 निम्नमध्ये कुन कुराले तपाईंको बच्चाको सबैभन्दा राम्रो वर्णन गर्दछ:</p> <p><input type="checkbox"/> पुरुष</p> <p><input type="checkbox"/> महिला</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p> <p><input type="checkbox"/> भन्न चाहन्न</p>
<p>1.2 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist</p> <p><input type="checkbox"/> Christian</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Jewish</p> <p><input type="checkbox"/> Muslim</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Other religion</p> <p><input type="checkbox"/> No religion</p>	<p>1.2 धर्म:</p> <p><input type="checkbox"/> बौद्ध</p> <p><input type="checkbox"/> क्रिश्चियन</p> <p><input type="checkbox"/> हिन्दु</p> <p><input type="checkbox"/> यहूदी</p> <p><input type="checkbox"/> मुस्लिम</p> <p><input type="checkbox"/> सिख</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य धर्म</p> <p><input type="checkbox"/> कुनै धर्म छैन</p>
<p>1.3 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>1.3 मुख्य बोलिने भाषा:</p> <p><input type="checkbox"/> अल्बेनियाली</p> <p><input type="checkbox"/> अरबी</p> <p><input type="checkbox"/> दारी</p> <p><input type="checkbox"/> अंग्रेजी</p> <p><input type="checkbox"/> फ़ारसी</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p> <p><input type="checkbox"/> रुसी</p> <p><input type="checkbox"/> टिग्रीन्या</p> <p><input type="checkbox"/> यूक्रेनी</p> <p><input type="checkbox"/> उर्दु</p> <p><input type="checkbox"/> भिएतनामी</p>
<p>1.4 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>1.4 दोस्रो बोलिने भाषा</p> <p><input type="checkbox"/> अल्बेनियाली</p> <p><input type="checkbox"/> अरबी</p> <p><input type="checkbox"/> दारी</p> <p><input type="checkbox"/> अंग्रेजी</p> <p><input type="checkbox"/> फ़ारसी</p> <p><input type="checkbox"/> रुसी</p> <p><input type="checkbox"/> टिग्रीन्या</p> <p><input type="checkbox"/> यूक्रेनी</p> <p><input type="checkbox"/> उर्दु</p> <p><input type="checkbox"/> भिएतनामी</p>

	<input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> कुनै पनि होइ
1.5 Does your child need an interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1.5के तपाईंको बच्चालाई दोभाषे चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
1.6 Does your child need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.6के तपाईंको बच्चालाई साङ्केतिक भाषाको सहायता चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK? <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s) <input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	1.7बेलायतमा अहिले तपाईंको बच्चासंग एउटै परिवारमा को को बस्छ? <input type="checkbox"/> आमा <input type="checkbox"/> बुवा <input type="checkbox"/> दाजुभाई(हरु) कति जना? _____ के उमेर(हरु)को? _____ <input type="checkbox"/> दिदीबहिनी(हरु) <input type="checkbox"/> कतिजना? _____ <input type="checkbox"/> के उमेर(हरु)को? _____ <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> कति जना? _____
1.8 Does your child attend nursery or school? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age <input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school <input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place	1.8के तपाईंको बच्चा नर्सरी वा स्कुल जान्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> मेरो बच्चा २ वर्षभन्दा कम उमेरको छ <input type="checkbox"/> हामीले एउटा स्थानको लागि आवेदन दिएका छौं तर अहिलेसम्म एउटा नर्सरी/स्कूलको लागि स्थान निर्धारण गरिएको छैन

<input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school <hr/>	<input type="checkbox"/> म नर्सरी वा स्कुलको लागि आवेदन दिनको लागि सहयोग कहाँ पाउन सकिन्छ भन्ने जानकारी चाहन्छु  <input type="checkbox"/> हो - कृपया नर्सरी वा स्कुलको नाम दिनुहोस् <hr/>
<b>Section two: Health questions</b>	<b>खण्ड दुई: स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रश्नहरू</b>
2.1 Do you have any concerns about your child? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.1के तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको बारेमा कुनै चिन्ता छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
2.2 Is your child currently unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.2के तपाईंको बच्चा अहिले अस्वस्थ वा बिरामी छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
2.3 Does your child need an urgent help for a health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.3के तपाईंको बच्चालाई स्वास्थ्य समस्याको लागि तुरुन्तै मदत चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats <input type="checkbox"/> Extreme tiredness <input type="checkbox"/> Breathing problems <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in their urine <input type="checkbox"/> Blood in their stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain	2.4के तपाईंको बच्चामा अहिले निम्न लक्षणहरूमध्ये कुनै छ? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस् <input type="checkbox"/> तौल घट्नु <input type="checkbox"/> खोकी <input type="checkbox"/> खोक्दा रगत आउने <input type="checkbox"/> रातमा पसिना आउनु <input type="checkbox"/> अत्यधिक थकान <input type="checkbox"/> श्वासप्रश्वासमा समस्या <input type="checkbox"/> ज्वरो <input type="checkbox"/> पखाला <input type="checkbox"/> कब्जियत

<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 that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> छालाको समस्या वा दागहरु <input type="checkbox"/> पिसावमा रगत <input type="checkbox"/> दिसामा रगत <input type="checkbox"/> टाउको दुख्ने <input type="checkbox"/> दुखाइ <input type="checkbox"/> कम मनोदशा <input type="checkbox"/> चिन्ता <input type="checkbox"/> पीडादायी सम्झनाहरू वा सपनाहरू <input type="checkbox"/> निद्रामा समस्या <input type="checkbox"/> आफूमाथि चोट पुर्याउने वा जीवन त्याग्ने भावना <input type="checkbox"/> अन्य
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 कृपया शरीरको तस्बिर(हरू)को क्षेत्रमा चिन्ह लगाउनुहोस् जहाँ उनीहरूको हालको स्वास्थ्य समस्या (हरू) छ।</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.6के तपाईंको बच्चा समयभन्दा पहिले जन्मेको थियो (37 हप्ता/8.5 महिनाभन्दा पहिले)?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.7के तपाईंको बच्चालाई प्रसव पछि कुनै स्वास्थ्य समस्या थियो जस्तै श्वासप्रश्वासको समस्या, संक्रमण, मस्तिष्कमा चोट?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p><b>2.8 New babies only (up to 3 months old):</b> Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.8नयाँ जन्मेका शिशुहरू मात्र (3 महिनासम्मको):</b> के तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य जाँच 6-8 हप्तापछि जीपी (चिकित्सक) ले गरेको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9के तपाईंको बच्चालाई कुनै ज्ञात स्वास्थ्य समस्या छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder     <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia     <input type="checkbox"/> Thalassaemia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV</p>	<p>2.10के तपाईंको बच्चासँग निम्न मध्ये कुनै छ? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्</p> <p><input type="checkbox"/> दम <input type="checkbox"/> रक्त विकार     <input type="checkbox"/> सिकल सेल एनीमिया     <input type="checkbox"/> थालसेमिया <input type="checkbox"/> क्यान्सर <input type="checkbox"/> दाँतको समस्या <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> मिर्गी <input type="checkbox"/> आँखाको समस्या</p>

<input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Low mood/depression</li> <li><input type="checkbox"/> Anxiety</li> <li><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</li> <li><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</li> <li><input type="checkbox"/> Attempted suicide</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul> <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> कान, नाक वा घाँटी <input type="checkbox"/> मुटुको समस्या <input type="checkbox"/> हेपाटाईसीस बि <input type="checkbox"/> हेपाटाईसीस सि <input type="checkbox"/> एचआईभी <input type="checkbox"/> मिर्गौलाको समस्या <input type="checkbox"/> कलेजोको समस्या <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूको कठिनाई <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> कम मनोदशा/ डिप्रेसन</li> <li><input type="checkbox"/> चिन्ता</li> <li><input type="checkbox"/> पोस्ट-ट्राउमेटिक स्ट्रेस डिसअर्डर (PTSD)</li> <li><input type="checkbox"/> विगतमा आफूलाई चोट पुर्याएको</li> <li><input type="checkbox"/> आत्महत्याको प्रयास</li> <li><input type="checkbox"/> अन्य</li> </ul> <input type="checkbox"/> चर्मरोग <input type="checkbox"/> थाइराइड रोग <input type="checkbox"/> क्षयरोग (टीबी) <input type="checkbox"/> अन्य
2.11 Has your child ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.11के तपाईंको बच्चालाई कुनै प्रकारको अपरेसन/ शल्यक्रिया गरिएको छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.12के तपाईंको बच्चालाई युद्ध, द्वन्द्व वा यातनाको कारण कुनै शारीरिक चोट लागेको छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
2.13 Does your child 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	2.13के तपाईंको बच्चालाई कुनै मानसिक स्वास्थ्य समस्या छ? यो युद्ध, द्वन्द्व, यातना वा आफ्नो देश छोड्न बाध्य हुनुबाट हुन सक्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ



<p>2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.14के तपाईंको बच्चा कुनै शारीरिक असक्षमता वा गतिशीलतामा कठिनाई छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems</p>	<p>2.15 के तपाईंको बच्चा कुनै संवेदनात्मक कमजोरी छ? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्धोपन <input type="checkbox"/> आंशिक दृष्टि हानि <input type="checkbox"/> पूर्ण श्रवण हानि <input type="checkbox"/> आंशिक श्रवण हानि <input type="checkbox"/> गन्ध र/वा स्वादको समस्या</p>
<p>2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.16के तपाईंलाई लाग्छ कि तपाईंको बच्चा कुनै सिकाइमा कठिनाई छ वा व्यवहारमा समस्या छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17के तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको विकास, उदाहरणका लागि उसको तौल/उचाइको बारेमा कुनै चिन्ता छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.18 <b>Babies only:</b> Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.18 शिशुहरू मात्र:</b> के तपाईंको बच्चा कुनै खानपानको समस्या छ, जस्तै उल्टी, रिफ्लक्स, दूध खान अस्विकार गर्ने?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p>	<p>2.19के तपाईंको बच्चाको नजिकको परिवारका कुनै सदस्य (बुबा, आमा, दाजुभाइ, दिदीबहिनी,</p>

- Asthma
- Cancer
- Depression/Mental health illness
- Diabetes
- Heart attack
- Hepatitis B
- High blood pressure
- HIV
- Learning difficulties
- Stroke
- Tuberculosis (TB)
- Other

हजरबुवा हजरआमा) मा निम्न मध्ये कुनै एक प्रकारको समस्या छ?

- दम
- क्यान्सर
- डिप्रेसन/मानसिक रोग
- मधुमेह
- हृदयघात
- हेपाटाईसीस बि
- उच्च रक्तचाप
- एचआईभी
- सिकाइमा कठिनाइ
- स्ट्रोक
- क्षयरोग (टीबी)
- अन्य

2.20 Is your child on any prescribed medicines?

- No
- Yes –please list your child's prescribed medicines and doses in the box below

**Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment**

Name	Dose

2.20के तपाईंको बच्चाको कुनै औषधि लिइरहेको छ?

- छैन
- छ -कृपया तपाईंको बच्चाको लिने औषधि र औषधिको मात्रा तलको बाकसमा लेख्नुहोस्

**कृपया आफ्नो बच्चाको अपोइन्टमेन्टमा कुनै पनि प्रिस्क्रिप्शन वा औषधि ल्याउनुहोस्**

नाम	मात्रा

<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.21के तपाईं आगामी केही हप्तामा यी कुनै पनि औषधिहरू समाप्त हुने बारे चिन्तित हुनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>								
<p>2.22 Does your child take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i></p> <p><b>Please bring any medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="150 958 775 1402"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22के तपाईंको बच्चा कुनै पनि औषधि लिन्छ जुन स्वास्थ्य पेशेवर द्वारा निर्धारित गरिएको छैन, उदाहरणका लागि औषधि जुन तपाईंले फार्मसी/पसल/ इन्टरनेटमा किन्नुभएको छ वा विदेशबाट डेलिभर गर्नुभएको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> हो कृपया तलको बाकसमा औषधि र खुराकहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्</p> <p><b>कृपया तपाईंको बच्चाको अपोइन्टमेन्टमा कुनै पनि औषधि ल्याउनुहोस्</b></p> <table border="1" data-bbox="823 1093 1452 1541"> <thead> <tr> <th>नाम</th> <th>मात्रा</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	नाम	मात्रा		
Name	Dose								
नाम	मात्रा								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23के तपाईंको बच्चालाई कुनै औषधी प्रति एलर्जी छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>								
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>2.24के तपाईंको बच्चालाई अरु कुनै कुरामा एलर्जी छ? (उदाहरणका लागि खाना, कीराको टोकाइ, लेटेक्सको पन्जा)</p>								

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
<b>Section three: Vaccinations</b>	<b>खण्ड तीन: खोपहरु</b>
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?  <b><i>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</i></b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>3.1के तपाईंको बच्चाको आफ्नो उमेरका लागि आफ्नो देशका सबै खोपहरु लगाएको छ?  <b><i>यदि तपाईंसँग तपाईंको खोप इतिहासको रेकर्ड छ भने, कृपया यसलाई तपाईंको अपोइन्टमेन्टमा ल्याउनुहोस्।</i></b></p> <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन
<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>3.2के तपाईंको बच्चालाई क्षयरोग (टीबी) विरुद्ध खोप लगाइएको छ?</p> <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन
<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 dose</li> <li><input type="checkbox"/> 2 doses</li> <li><input type="checkbox"/> 3 doses</li> <li><input type="checkbox"/> More than 3 doses</li> </ul> <input type="checkbox"/> I don't know	<p>3.3के तपाईंको बच्चालाई कोभिड-19 विरुद्धको खोप लगाइएको छ?</p> <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 मात्रा</li> <li><input type="checkbox"/> 2 मात्रा</li> <li><input type="checkbox"/> 3 मात्रा</li> <li><input type="checkbox"/> 3 मात्रा भन्दा बढी</li> </ul> <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन
<p>If there is something relating to your child's health that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor,</p>	<p>यदि तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित कुनै कुरा छ भने जुन तपाईं यो फारममा साझा गर्न सहज महसुस गर्नुहुन्न र तपाईं यसलाई डाक्टरसँग छलफल</p>

please call your GP and book an appointment

गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया तपाईंको जीपीलाई फोन गर्नुहोस् र अपोइन्टमेन्ट बुक गर्नुहोस्।