

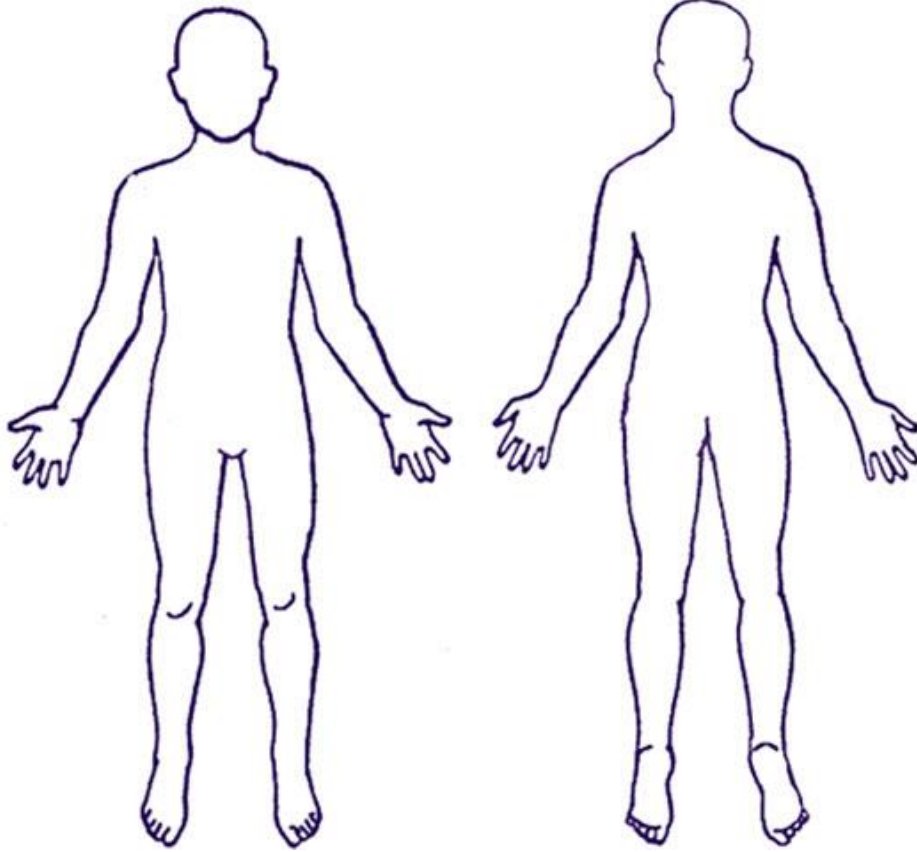
English	اردو Urdu
<p><b>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</b></p>	<p>UK میں داخل ہونے والے نئے تارکین وطن کے لیے مریض کا سوالنامہ: اطفال اور نوعمر افراد</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration 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>ہر فرد کو GP کے ساتھ رجسٹر ہونے کا حق حاصل ہے۔ آپ کو GP کے ساتھ رجسٹر ہونے کے لیے پتے، امیگریشن اسٹیٹس، ID یا کسی NHS نمبر کا ثبوت دینے کی ضرورت نہیں ہے</p> <p>یہ سوالنامہ بچوں کی صحت کے بارے میں معلومات جمع کرنے سے متعلق ہے تاکہ آپ کی GP پریکٹس کے ماہرین صحت سمجھ سکیں کہ قومی صحت خدمت (National Health Service) کی رازداری اور ڈیٹا کے اشتراک کی پالیسیوں کے مطابق انہیں کون سی معاونت، علاج اور مخصوص خدمات درکار ہو سکتی ہیں۔</p> <p><b>18 سال سے کم عمر سمجھدار نوعمر نوجوان اپنے لیے بالغ ورژن خود مکمل کر سکتے ہیں۔</b></p> <p>آپ کی GP آپ کی براہ راست نگہداشت کے مقاصد کے علاوہ کسی مقصد کے لیے آپ کی فراہم کردہ معلومات کا اشتراک نہیں کرے گی ماسوائے: آپ نے رضامندی دی ہو (مثلاً طبی تحقیق کی معاونت کی خاطر)؛ یا ان کو قانون کے تحت ایسا کرنے کی ضرورت ہو (مثلاً دیگر افراد کو شدید خطرے سے بچانا ہو)؛ یا مفاد عامہ کے لیے انتہائی اہم ہو (مثلاً آپ کسی متعدی بیماری میں مبتلا ہوں)۔ آپ کی GP آپ کی معلومات کا استعمال کیسے کرے گی، اس بارے میں مزید معلومات آپ کی GP پریکٹس میں دستیاب ہیں۔</p> <p>اپنے جوابات GP پریکٹس کو واپس ارسال کریں۔</p>

Person completing	فارم مکمل کرنے والا فرد
Who is completing this form:  <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	اس فارم کو کون مکمل کر رہا ہے:  <input type="checkbox"/> بچے کے والد/والدہ <input type="checkbox"/> بچے کے قانونی سرپرست/نگہداشت کار
<b>Section one: Personal details</b>	<b>حصہ اول: ذاتی تفصیلات</b>
Child's full name:	بچے کا مکمل نام:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	بچے کی تاریخ پیدائش تاریخ _____ مہینہ _____ سال _____
Child's address:	بچے کا پتہ:
Mother's name:	والدہ کا نام:
Father's name:	والد کا نام:
Contact telephone number(s):	رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر (نمبرز):
Email address:	ای میل ایڈریس:
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	براہ کرم ان تمام جوابی خانوں کو نشان زد کریں جن کا اطلاق آپ کے بچے پر ہوتا ہے۔
1.1 Which of the following best describes your child: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other	1.1 درج ذیل میں سے کس سے آپ کے بچے کی بہترین نمائندگی ہوتی ہے: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> دیگر

<input type="checkbox"/> Prefer not to say	<input type="checkbox"/> نہ بتانا ترجیح ہے
<p>1.2 Religion:</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>1.2 مذہب:</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"/> سکھ <input type="checkbox"/> دیگر مذہب <input type="checkbox"/> کوئی مذہب نہیں
<p>1.3 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other	<p>1.3 بنیادی بول چال کی زبان</p> <input type="checkbox"/> البانی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> تیگرینیا <input type="checkbox"/> یوکرینی <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> ویتنامی
<p>1.4 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	<p>1.4 بول چال کی دوسری زبان:</p> <input type="checkbox"/> البانی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> تیگرینیا <input type="checkbox"/> یوکرینی <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> کوئی نہیں
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>1.5 کیا آپ کے بچے کو مترجم کی خدمات درکار ہیں؟</p> <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.6 کیا آپ کے بچے کو اشاراتی زبان کی معاونت درکار ہے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age (s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s)	<p>1.7 UK میں فی الوقت اس گھر میں کون رہائش پذیر ہے جہاں آپ کا بچہ رہتا ہے؟</p> <input type="checkbox"/> والدہ <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/> بھائی ان کی تعداد کتنی ہے؟ _____ ان کی عمر (عمریں) کیا ہیں؟ _____ <input type="checkbox"/> بہن (بہنیں) _____

<input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<input type="checkbox"/> ان کی تعداد کتنی ہے؟ _____ <input type="checkbox"/> ان کی عمر (عمریں) کیا ہیں؟ _____ <input type="checkbox"/> دیگر _____ <input type="checkbox"/> ان کی تعداد کتنی ہے؟ _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <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  <input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school _____	<p>1.8 کیا آپ کا بچہ نرسری یا اسکول جاتا ہے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> میرا بچہ ابھی 2 سال سے کم عمر ہے <input type="checkbox"/> ہم نے داخلے کے لیے درخواست دی ہے لیکن ابھی تک نرسری/اسکول سے جگہ تفویض نہیں کی گئی ہے <input type="checkbox"/> میں اس سلسلے میں معلومات حاصل کرنا چاہتا/چاہتی ہوں کہ نرسری یا اسکول میں داخلے کے لیے درخواست دینے کی معاونت کہاں سے مل سکے گی  <input type="checkbox"/> جی ہاں – براہ کرم نرسری یا اسکول کا نام بتائیں _____
<p><b>Section two: Health questions</b></p>	<p><b>حصہ دوم: صحت سے متعلق سوالات</b></p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.1 کیا آپ کو اپنے بچے سے متعلق کوئی تشویشات لاحق ہیں؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.2 کیا فی الوقت آپ کے بچے کی طبیعت ناساز ہے یا وہ بیمار ہے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.3 کیا آپ کے بچے کو صحت سے متعلق مسائل کے لیے فوری مدد درکار ہے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</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	<p>2.4 کیا موجودہ طور پر آپ کے بچے میں درج ذیل میں سے کوئی علامات پائی جاتی ہیں؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں</p> <input type="checkbox"/> وزن میں کمی <input type="checkbox"/> کھانسی <input type="checkbox"/> کھانسی میں خون آنا <input type="checkbox"/> سوتے میں پسینہ آنا <input type="checkbox"/> شدید تھکاوٹ <input type="checkbox"/> سانس لینے میں دشواری

<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 <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"/> بخار <input type="checkbox"/> اسہال <input type="checkbox"/> قبض <input type="checkbox"/> جلدی امراض یا ریشز <input type="checkbox"/> ان کے پیشاب میں خون آنا <input type="checkbox"/> ان کے پاخانے میں خون آنا <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> تکلیف <input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> پریشان کن یادیں یا ڈراؤنے خواب <input type="checkbox"/> سونے میں دشواری <input type="checkbox"/> محسوس کرنا کہ وہ خود کو نقصان پہنچانا <input type="checkbox"/> چاہتے ہیں یا اپنی زندگی سے بیزار ہیں <input type="checkbox"/> دیگر
<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 براہ کرم جسم کی تصویر پر اس حصے (حصوں) کو نشان زد کریں جہاں وہ موجودہ طور پر صحت کے مسئلے (مسائل) کا سامنا کر رہے ہیں</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p>	<p>2.6 کیا آپ کے بچے کی پیدائش قبل از وقت ہوئی تھی (ولادت – 37 ہفتوں/حمل کے 8.5 ماہ سے قبل ہوئی)؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں</p>
---	---

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 کیا آپ کے بچے کو ولادت کے فوراً بعد صحت کا کوئی مسئلہ لاحق ہوا تھا مثلاً سانس لینے میں دشواری، انفیکشن، دماغی چوٹ؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>2.8 <b>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> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.8 صرف نومولود شیرخواران کے لیے (3 ماہ کی عمر تک): کیا آپ کے بچے کی ولادت سے قبل GP (ڈاکٹر) کی جانب سے 6-8 ہفتوں میں معائنہ کیا گیا تھا؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.9 کیا آپ کا بچہ صحت کے کسی معلوم مسئلے کا شکار ہے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</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 <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <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"/> Skin disease	<p>2.10 کیا آپ کے بچے کو درج ذیل میں سے کوئی بیماری لاحق ہے؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں</p> <input type="checkbox"/> دمہ <input type="checkbox"/> خون کا عارضہ <input type="checkbox"/> خون کے سرخ خلیوں کی بناوٹ کا عارضہ <input type="checkbox"/> تھیلیسیمیا <input type="checkbox"/> کینسر <input type="checkbox"/> دانتوں کے مسائل <input type="checkbox"/> ذیابیطس <input type="checkbox"/> مرگی <input type="checkbox"/> آنکھوں کے مسائل <input type="checkbox"/> کان، ناک یا گلہ <input type="checkbox"/> امراض قلب <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس B <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> گردوں کا مسئلہ <input type="checkbox"/> جگر کا مسئلہ <input type="checkbox"/> ذہنی صحت کے مسائل <input type="checkbox"/> افسردگی/ڈپریشن <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> بعد از صدمہ تناؤ کا عارضہ (Post-) (traumatic stress disorder، PTSD) <input type="checkbox"/> ماضی میں خود کو نقصان پہنچایا <input type="checkbox"/> خودکشی کی کوشش کی

<input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> جلدی امراض <input type="checkbox"/> تھائی رائیڈ کی بیماری <input type="checkbox"/> تپ دق (TB) <input type="checkbox"/> دیگر
2.11 Has your child ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.11 کیا آپ کے بچے کا کبھی کوئی آپریشن ہوا / کوئی سرجری ہوئی؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.12 کیا آپ کے بچے کو جنگ، تصادم یا تشدد کے نتیجے میں کوئی جسمانی چوٹ لگی؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
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	2.13 کیا آپ کا بچہ ذہنی صحت کے کسی مسئلے کا شکار ہے؟ یہ کسی جنگ، تصادم، تشدد یا جبری ملک بدری کے نتیجے میں ہو سکتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.14 کیا آپ کا بچہ کسی جسمانی معذوری یا نقل و حرکت کے مسائل کا شکار ہے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
2.15 Does your child 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	2.15 کیا آپ کے بچے میں کوئی حسی خرابی ہے؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> اندھا پن <input type="checkbox"/> نظر کی جزوی خرابی <input type="checkbox"/> مکمل بہرہ پن <input type="checkbox"/> کم سنائی دینا <input type="checkbox"/> سونگھنے اور/یا چکھنے کے مسائل
2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16 کیا آپ کے خیال میں آپ کا بچہ سیکھنے کی معذوری یا رویوں کے مسائل کا شکار ہے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 کیا آپ اپنے بچے کی بڑھوتری مثلاً ان کے وزن/قد سے متعلق کوئی خدشات رکھتے/رکھتی ہیں؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں

<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>2.18 <b>صرف شیرخواران کے لیے:</b> کیا آپ کے بچے کو دودھ پینے سے متعلق کوئی مسئلہ ہے مثلاً قے کرنا، متلی آنا، دودھ پینے سے انکار کرنا؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</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><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.19 کیا بچے کے اہل خانہ میں سے کوئی فرد (والد، والدہ، بہن بھائی اور دادا/دادی) درج ذیل میں سے کسی میں مبتلا تھا یا رہا ہے؟</p> <p><input type="checkbox"/> دمہ <input type="checkbox"/> کینسر <input type="checkbox"/> ڈپریشن/ذہنی صحت کا عارضہ <input type="checkbox"/> ذیابیطس <input type="checkbox"/> دل کا دورہ <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس B <input type="checkbox"/> ہائی بلڈ پریشر <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> سیکھنے کی معذوریاں <input type="checkbox"/> فالج <input type="checkbox"/> تپ دق (TB) <input type="checkbox"/> دیگر</p>								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list your child's prescribed medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="150 1534 778 1982"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 کیا آپ کا بچہ کوئی نسخہ جاتی ادویات استعمال کرتا ہے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں – براہ کرم اپنے بچے کی تجویز کردہ ادویات اور خوراکیں ذیل میں دیئے گئے خانے میں درج کریں</p> <p>براہ کرم اپنے بچے کی اپائنٹمنٹ میں کوئی بھی نسخہ جات یا ادویات ساتھ لے کر آئیں</p> <table border="1" data-bbox="826 1482 1455 1953"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نام</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نام		
Name	Dose								
خوراک	نام								



<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>2.21 کیا آپ اگلے چند ہفتوں میں ان ادویات کے ختم ہو جانے کے بارے میں پریشان ہیں؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></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 –please list medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 929 774 1377"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22 کیا آپ کا بچہ کوئی ایسی دوا لیتا ہے جو ماہرِ صحت کی جانب سے تجویز نہیں کی گئی مثلاً ادویات جو آپ نے فارمیسی/دکان/انٹرنیٹ یا باہر ملک سے منگوائی ہوں؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں – براہ کرم وہ ادویات اور خوراکیں ذیل میں دیئے گئے خانے میں درج کریں</p> <p>براہ کرم اپنے بچے کی اپائنٹمنٹ میں کوئی بھی ادویات ساتھ لے کر آئیں</p> <table border="1" data-bbox="821 884 1460 1400"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نام</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نام		
Name	Dose								
خوراک	نام								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23 کیا آپ کے بچے کو کسی دوائی سے الرجی ہے؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></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 <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24 کیا آپ کے بچے کو کسی اور چیز سے الرجی ہے؟ (مثلاً کسی خوراک، حشرات یا کیڑوں کے کاٹنے سے، لیٹیکس گلوں سے)؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>								

Section three: Vaccinations	حصہ سوم: ویکسینیشنز
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?  <b>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</b></p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.1 کیا آپ کے بچے کو اس کی عمر کے حساب سے اس کے آبائی ملک میں چھوٹی عمر کے تمام حفاظتی ٹیکہ جات لگائے جا چکے ہیں؟  <b>اگر آپ کے پاس حفاظتی ٹیکے لگوانے کا ریکارڈ موجود ہے، تو براہ اپنی اپائنٹمنٹ میں وہ ساتھ لے کر آئیں۔</b></p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں  <input type="checkbox"/> مجھے معلوم نہیں ہے</p>
<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 کیا آپ کے بچے کو تپ دق (TB) کی ویکسین لگائی جا چکی ہے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں  <input type="checkbox"/> مجھے معلوم نہیں ہے</p>
<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><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>	<p>3.3 کیا آپ کے بچے کو COVID-19 کی ویکسین لگائی جا چکی ہے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں</p> <p><input type="checkbox"/> 1 خوراک  <input type="checkbox"/> 2 خوراکیں  <input type="checkbox"/> 3 خوراکیں  <input type="checkbox"/> 3 سے زائد خوراکیں  <input type="checkbox"/> مجھے معلوم نہیں ہے</p>
<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, please call your GP and book an appointment</p>	<p>اگر آپ اپنے بچے کی صحت سے متعلق کسی بات کا اس فارم میں اشتراک کرنے پر جھجھک محسوس کرتے ہیں اور آپ اس کا ڈاکٹر کے ساتھ اشتراک کرنا چاہتے ہیں، تو براہ کرم اپنی GP کو کال کریں اور اپائنٹمنٹ طے کروائیں</p>