

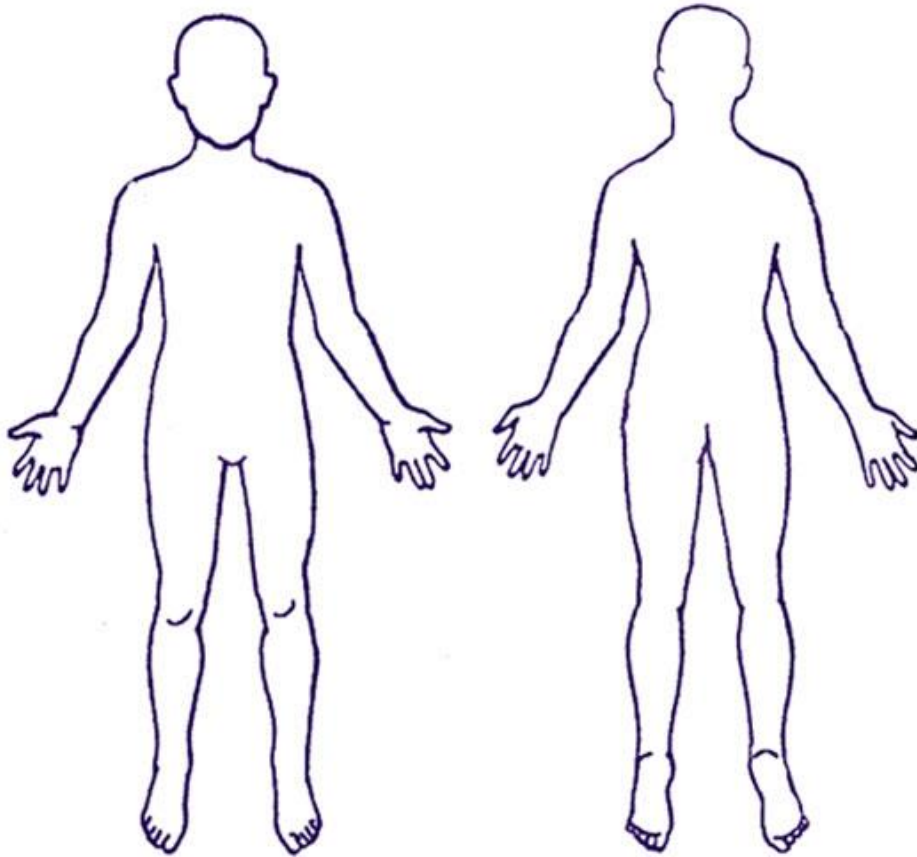
English	Kurdish (Sorani) نینگلیز
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>پرسیار نامەى نەخۆش بۆ کۆچبەرانى تازە ھاتوونەتە بەریتانیا: منڊالان و گەنجان</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration 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>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</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>ھەموو کەسێک مافی ئەوێ ھەبێ ناوی خۆی تۆمار بکات لە پزیشکی گشتی. پتوویستت بە بەلگەى ناوونیشان، دۆخى کۆچبەرى، ناسنامە یان ژمارەى NHS نییە بۆ ناو تۆمارکردن لە پزیشکی گشتی</p> <p>ئەم پرسىار نامەى بۆ کۆکردنەوێ زانیارییە دەربارەى تەندروستی منڊالان بۆ ئەوێ پێشەبێھەکانى تەندروستی لە پزیشکی گشتی تۆ بتوانن لەو تێبگەن کە رەنگە پتوویستیان بە چ پشەتگیرییە، چارەسەرکردن و خزمەتگوزارییە پسیۆرییەکان ھەبێت بەپێى سیاسەتەکانى نەپتێ و ھاوبەشکردنى زانیارییەکانى خزمەتگوزارى تەندروستی نیشتمانى.</p> <p>گەنجانى لێھاتوو کە تەمەنیان لە خوار 18 ساڵەوێ لەوانەى ھەشانی گەورەسالان بۆ خۆیان تەواو بکەن.</p> <p>پزیشکی گشتی تۆ ھیچ زانیارییە ئاشکرا ناکات کە تۆ بۆ مەبەستى تر جگە لە چاوەدێرى راستەوخۆت پێشکەشى دەکەیت مەگەر: تۆ مزامەندیت ھەبوویت (بۆ نمونە بۆ پشەتگیریکردنى توێژینەوێ پزیشکی)؛ یان بەپێى یاسا پتوویستە ئەو بکەن (بۆ نمونە بۆ پاراستنى کەسانی دیکە لە زیانیکی گەرە)؛ یان لەبەر ئەوێ بەرژوونەندییەکی گشتی سەرھەکی ھەبێ (بۆ نمونە تۆ بەدەست نەخۆشییەکی درمیەو دەنالتینیت).</p> <p>زانیاریی زياتر سەبارەت بەوێ کە چون پزیشکی گشتی زانیاریەکانت بەکار دەھێنیت لە پزیشکی گشتی تۆ دەستدەکەوێت.</p> <p>وەلامەکانت بگەرێنەر ھو بۆ پزیشکی گشتی.</p>
<p>Person completing</p>	<p>ئەو کەسەى کە تەواوی دەکات</p>
<p>Who is completing this form:</p> <p><input type="checkbox"/> Child's Parent</p> <p><input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer</p>	<p>کێ ئەم فۆرمە پر دەکاتەو:</p> <p><input type="checkbox"/> دایک و باوکی منڊال</p> <p><input type="checkbox"/> سەرپەرشتیاری یاسایی/چاودێری منڊال</p>

Section one: Personal details	بەشنى يەكەم: وردەكارى كەسى
Child's full name:	ناوى تەواوى مندالكە:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	بەروارى لەدايكيونى منداڵ: بەروار _____ مانگ _____ ساڵ _____
Child's address:	ناونيشانى منداڵ:
Mother's name:	ناوى دايك:
Father's name:	ناوى باوك:
Contact telephone number(s):	ژمارەى پەيوەندىکردن (هەكان):
Email address:	ناونيشانى ئيمەيل:
Please tick all the answer boxes that apply to your child.	تەكايە هەموو ئەو بۆكسانەى وەلام كە منداڵەكەت دەگريتهوه تيك پەكە.
1.1 Which of the following best describes your child: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.1 كام لەمانەى خوارەوه باشترين وەسفى منداڵەكەت دەكات: <input type="checkbox"/> نير <input type="checkbox"/> مئ <input type="checkbox"/> هئ تر <input type="checkbox"/> پيم باشە نەيليم
1.2 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist	1.2 ناين: <input type="checkbox"/> بودى

<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	<input type="checkbox"/> کریستیان <input type="checkbox"/> هیندو <input type="checkbox"/> جولہکے <input type="checkbox"/> ٹیسلام <input type="checkbox"/> سیخ <input type="checkbox"/> دینی تر <input type="checkbox"/> بی دین
<p>1.3 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<p>1.3 زمانی سہرہ کی قسہ کردن:</p> <input type="checkbox"/> نعلبانی <input type="checkbox"/> عمرہبی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/> ٹینگلیزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> ہی تر
<p>1.4 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<p>1.4 زمانی دووہمی قسہ کردن:</p> <input type="checkbox"/> نعلبانی <input type="checkbox"/> عمرہبی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/> ٹینگلیزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> ہی تر
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>1.5 نایا مندالہکمت پیوہستی به ورگیری زارہکی ہہیہ؟</p> <input type="checkbox"/> بھئی <input type="checkbox"/> نہخیر
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.6 نایا مندالہکمت پیوہستی به پشتگیری زمانی نیشارہت ہہیہ؟</p> <input type="checkbox"/> نہخیر <input type="checkbox"/> بھئی
<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) <input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<p>1.7 کی نئیستا له بریتانیا له ہہمان ماڈا لہگمل مندالہکمت دمزی؟</p> <input type="checkbox"/> دایک <input type="checkbox"/> باوک <input type="checkbox"/> برا(کان) چہند؟ _____ تہمن(یان) چہند؟ _____ <input type="checkbox"/> خوشک(کان) چہند؟ _____ تہمن(یان) چہند؟ _____ <input type="checkbox"/> ہی تر چہند؟ _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p>	<p>1.8 نایا مندالہکمت دمچیتہ نہمامگہ یان قوتابخانہ؟</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 <hr/>	<input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> منداڵهکم تهمهني له خوار 2 سالهويه <input type="checkbox"/> ئيمه داواكاريمان پيشکەش کردوه بو شوین بهلام هيشتا نهمامگه/قوتابخانهمان بو تهرخان نهکراوه <input type="checkbox"/> من زانياريم دهويت که له کوي دهوانم پشتگیری و مر بگرم بو نهوهی داواکاری پيشکەش بکەم بو شوینی نهمامگه يان قوتابخانه <input type="checkbox"/> بهلێ – تکایه ناوی نهمامگه يان قوتابخانه بنووسه <hr/>
<p>Section two: Health questions</p>	<p>بهشی دوهم: پرسپاره تهندروستیبهکان</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.1 ئایا هیچ نیگهرا نییه کتان ههیه سهبارهت به منداڵهکەت؟</p> <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلێ
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.2 ئایا منداڵهکەت له ئیستادا ناخۆشه يان نهخۆشه؟</p> <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلێ
<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 ئایا منداڵهکەت پنیوستی به یارمهتییهکی بهپهله ههیه بو کێشهیهکی تهندروستی؟</p> <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلێ
<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 <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	<p>2.4 ئایا منداڵهکەت له ئیستادا هیچ کام لهم نیشانهی خوارهوی ههیه؟ تکایه ههموو ئه شتانه تیک بکەن که پهپوهندییان پنهویه</p> <input type="checkbox"/> کێش دابهزاندن <input type="checkbox"/> کۆکه <input type="checkbox"/> کۆکه تا ناستی خوینهاتن <input type="checkbox"/> ئارهقهی شهوانه <input type="checkbox"/> هیلایکی لهرا دهبدەر <input type="checkbox"/> کێشه ی ههناسه <input type="checkbox"/> تا <input type="checkbox"/> سکچوون <input type="checkbox"/> قهبری <input type="checkbox"/> نهخۆشی پیست يان پهله ی پیست <input type="checkbox"/> خوین له میز ياندا <input type="checkbox"/> خوین له بیساییهکه ياندا <input type="checkbox"/> سهر ئیشه <input type="checkbox"/> نازار <input type="checkbox"/> باری دهر وونی نزم

<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"/> قهلمقى <input type="checkbox"/> فلاشباكى دلتەزىن يان كابوس <input type="checkbox"/> قورسى خەولنىكەوتن <input type="checkbox"/> ھەستىكرىن بەۋەى كە دەيانەۋىت زىان بە خۇيان <input type="checkbox"/> بىگەيمىن يان دەستبەردارى ژيان بن <input type="checkbox"/> ھى تر
<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 تىكايە لەسەر وئىنەى جەستە ئەو ناۋچەيە نىشانە بىكە كە تووشى كىشە تەندروستىيەكانى ئىستايان بوون</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.6 ئايا مىندالەكەت پىشومخە لەدايك بوو (زوو لەدايك بوو – پىش 37 ھەفتە/8.5 مانگى دووگىانى)؟</p> <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى
<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 ئايا مىندالەكەت ھەر زوو دواى مىندالېوون ھىچ كىشەيەكى تەندروستى ھەبوو بۇ نمونە كىشەى ھەناسەدان، ھەوكرىن، برىندار بوونى مىشك؟</p> <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى

<p>2.8 New babies only (up to 3 months old): 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>2.8 تهنهها كۆرپه‌ی نوو (تا تهمه‌نی 3 مانگ): ئایا مندالتهكەت پشكینی تهن‌روستی 6-8 ههفته‌ی دواى مندالیوون له‌لایهن پزیشکی گشتی (پزیشك) هوه كراوه؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> به‌لێ</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9 ئایا مندالتهكەت هیچ كیشه‌یه‌كی تهن‌روستی ناسراوی هه‌یه؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> به‌لێ</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 <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 <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.10 ئایا مندالتهكەت هیچ كام له‌مانه‌ی خواره‌وه‌ی هه‌یه؟ تکیه هه‌موو ئهو شتانه تیک بکهن که په‌یوه‌ندیان پێوه‌یه</p> <p><input type="checkbox"/> ره‌بو <input type="checkbox"/> نارێکی خوین <input type="checkbox"/> که‌مخوینی خانه‌ی داسکی <input type="checkbox"/> تالاسیما <input type="checkbox"/> شێر په‌نجه <input type="checkbox"/> کیشه‌ی دان <input type="checkbox"/> شه‌کره <input type="checkbox"/> نه‌خۆشی سه‌رئیشه <input type="checkbox"/> کیشه‌کانی چاو <input type="checkbox"/> گوێچکه، لووت یان قورگ <input type="checkbox"/> کیشه‌کانی دل <input type="checkbox"/> هه‌وکردنی جگه‌ر جۆری بی <input type="checkbox"/> هه‌وکردنی جگه‌ر جۆری سی <input type="checkbox"/> نایز <input type="checkbox"/> کیشه‌ی گورچیه <input type="checkbox"/> کیشه‌ی جگه‌ر <input type="checkbox"/> کیشه‌ی تهن‌روستی دهروونی <input type="checkbox"/> که‌می باری دهروونی/خه‌موکی <input type="checkbox"/> قه‌له‌قی <input type="checkbox"/> نه‌خۆشی فشاری دهروونی دواى کاره‌سات (PTSD) <input type="checkbox"/> پێشتر زیان به‌ خۆی گه‌یاندوه <input type="checkbox"/> هه‌وڵدانی خۆکوژی <input type="checkbox"/> هه‌ی تر <input type="checkbox"/> کیشه‌ی پێست <input type="checkbox"/> نه‌خۆشی غوده‌ی دهره‌قی <input type="checkbox"/> سیل (سیل) <input type="checkbox"/> هه‌ی تر</p>
<p>2.11 Has your child ever had any operations / surgery?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.11 ئایا مندالتهكەت تا ئیستا هیچ نه‌شته‌رگه‌ری / نه‌شته‌رگه‌ریه‌کی بو كراوه؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> به‌لێ</p>
<p>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>2.12 ئایا مندالتهكەت هیچ برینێکی جه‌سته‌یی هه‌یه به‌هۆی شه‌ر، مملانی یان نه‌شه‌كهنجه‌دان؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخیر</p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> بەلێ
<p>2.13 Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 ئایا منداڵەکەت هیچ کێشەیهکی تەندروستی دەروونی ھەیە؟ ئەمانە دەتوانن لە شەر، مەملانی، ئەشکەنجەدان یان ناچاربوون بە ھەڵھاتن لە وڵاتەکەتەوە بن؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخێر <input type="checkbox"/> بەلێ</p>
<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>2.14 ئایا منداڵەکەت هیچ کەمئەندامییەکی جەستەیی یان کێشەی جوڵەیی ھەیە؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخێر <input type="checkbox"/> بەلێ</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 ئایا منداڵەکەت هیچ کێشەیهکی ھەستیار ی ھەیە؟</p> <p>تکایە ھەموو ئەو شتە تیک بکەن کە پەیوەندییان پێوە</p> <p><input type="checkbox"/> نەخێر <input type="checkbox"/> کوێر بوون <input type="checkbox"/> لەدەستدانی نیووی بینین <input type="checkbox"/> لەدەستدانی تەواوی بینین <input type="checkbox"/> لەدەستدانی نیووی گوێگرتن <input type="checkbox"/> کێشەی بۆن/یاخود تام</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>2.16 پێت وایە منداڵەکەت هیچ کێشەیهکی فێر بوون یان کێشەی رەفتاری ھەیە؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخێر <input type="checkbox"/> بەلێ</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>2.17 ئایا هیچ نیگەرانییەکەت ھەیە سەبارەت بە گەشەیی منداڵەکەت بۆ نمونە. کێش/بەرزییان؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخێر <input type="checkbox"/> بەلێ</p>
<p>2.18 Babies only: 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 تەنھا کۆریە: ئایا تۆ منداڵەکەت تووشی هیچ کێشەیهکی خۆراکدان بوو بۆ نمونە. رشانەو، گەرانهوی شیر، شیر نەخواردن؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخێر <input type="checkbox"/> بەلێ</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</p>	<p>2.19 ئایا ئەندامێکی خێزانی نزیکێ منداڵەکەت (باوک، دایک، خوشک و برا و باپیر) تووشی هیچ کام لەمانەی خوارووە بوو یان تووشی بوو؟</p> <p><input type="checkbox"/> رەبۆ <input type="checkbox"/> شیر پەنجە <input type="checkbox"/> خەمۆکی/نەخۆشی تەندروستی دەروونی <input type="checkbox"/> شەکرە <input type="checkbox"/> جەڵدە دڵ <input type="checkbox"/> ھۆکردنی جگەر جوێری بی</p>

<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	<input type="checkbox"/> پەستانی بەرزى خوين <input type="checkbox"/> نايىز <input type="checkbox"/> ناستەمەكانى فېر بوون <input type="checkbox"/> جەلدە <input type="checkbox"/> سيل (سيل) <input type="checkbox"/> ھى تر								
<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>Please bring any prescriptions or medicines to your child’s appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 927 777 1375"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 ئايا مندا لىكەت ھىچ دەرماننىكى بۆ نوسراوھ؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى -- تىكايە دەرمان و ژمە دەرمانە نوسراوھكانى مندا لىكەت لى بۆكسەكەى خوارەودا بنووسە</p> <p>تىكايە ھەر رەجەتەيەك يان دەرماننىك لىكەل خوت بەينە بۆ چاوپىكەوتتى مندا لىكەت</p> <table border="1" data-bbox="826 860 1453 1308"> <thead> <tr> <th>ناو</th> <th>ژمە</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ناو	ژمە		
Name	Dose								
ناو	ژمە								
<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 ئايا نىگىرانى تەواوبوونى ھىچ ئەم دەرمانانە لى چەند ھەفتەى داھاتوودا؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</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>2.22 ئايا مندا لىكەت ھىچ دەرماننىك دىخوات كە لەلايەن كەسىكى پىسپۆرى تەندروسىتەوھ بۆى نەنوسراوھ بۆى نمۇنە ئەو دەرمانانەى كە لە دەرمانخانە/دوكانىك/لە نىنتەرنىت كرىوتە يان لە دەرەوھى و لاتەوھ گەياندووتە؟</p> <p><input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى -- تىكايە دەرمان و ژمە دەرمانەكان لەم بۆكسەى خوارەودا بنووسە</p>								

<p>Please bring any medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="151 342 778 786"> <thead> <tr> <th data-bbox="151 342 564 383">Name</th> <th data-bbox="564 342 778 383">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="151 383 564 786"></td> <td data-bbox="564 383 778 786"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>تکایه هەر دەرمانیکتان ههیه بیهینن بۆ شونیی چاوپیکهوتنی مندالکەتان</p> <table border="1" data-bbox="826 342 1453 786"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 342 1240 383">ناو</th> <th data-bbox="1240 342 1453 383">ژرم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 383 1240 786"></td> <td data-bbox="1240 383 1453 786"></td> </tr> </tbody> </table>	ناو	ژرم		
Name	Dose								
ناو	ژرم								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23 ئایا مندالکەت حساسیەتی بە هیچ دەرمانیک ههیه؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلێ</p>								
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24 ئایا مندالکەت حساسیەتی بە هیچ شتیکێ تر ههیه؟ (بۆ نمونە خۆراک، پێوهدانی میروو، دەستکێشی لاتەکس)؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلێ</p>								
<p>Section three: Vaccinations</p>	<p>بهشی سێیەم: کوتان</p>								
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age? If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.1 ئایا مندالکەت ههموو کوتانهکانی مندالی ههبووه که له ولاتی رهسهنی خۆیدا پێشکەش دەکریت بۆ تەمەنی؟ نهگەر تو مارتیکی میرووی کوتانهکەت ههیه، تکایه نهمه لهگهڵ خۆت بهینه بۆ چاوپیکهوتنهکەت. <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلێ <input type="checkbox"/> نازانم</p>								
<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 ئایا مندالکەت کوتانی دژی سیل (TB) کراوه؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلێ <input type="checkbox"/> نازانم</p>								

<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.3 ئايا منداآهكەت كوتانى دژى كوڤىد-19 كراوه؟</p> <p>نەخىر <input type="checkbox"/></p> <p>بەلى <input type="checkbox"/></p> <p>1 ژەم <input type="checkbox"/></p> <p>2 ژەم <input type="checkbox"/></p> <p>3 ژەم <input type="checkbox"/></p> <p>زىاتر لە 3 ژەم <input type="checkbox"/></p> <p>نازانم <input type="checkbox"/></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>ئەگەر شتتەك ھەيە كە پەيوەندى بە تەندروستى منداآهكەتەو ھەبىت كە ھەست بە ئاسوودەبى ناكەيت لەم فۆرمەدا بەشدارى بکەيت و دەتەوئیت لەگەل پزىشکىك باسى بکەيت، تکايە پەيوەندى بە پزىشكى گشتى بکە و کاتىك بۆ چاوپىکەوتن حجز بکە</p>