NHS England

English	Nepali अंग्रेजी
New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK	बेलायतमा भर्खरै आएका आप्रवासीहरूका लागि नयाँ बिरामी प्रश्नावली
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. 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. 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. Return your answers to your GP practice.	प्रत्येक व्यक्तिको आफ्नो जीपी दर्ता गर्ने अधिकार छ। प्रत्येक व्यक्तिलाई आफ्नो परिवारको सामान्य चिकित्सक (जीपी) सँग दर्ता गर्ने अधिकार छ। यो प्रश्नावली तपाईंको स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी संकलन गर्नको लागि हो ताकि तपाईंको जीपी क्लिनिकबाट स्वास्थ्य पेशेवरहरूले बुझ्न सक्दछन् कि राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवाको गोपनीयता र डाटा साझेदारी नीतिहरू अनुसार कुन सहायता, उपचार र विशेषज्ञ सेवाहरू तपाईंलाई आवश्यक हुन सक्छ । 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 अतिरंजित 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। तपाइंको उत्तर तपाईंको जीपी क्लिनिकमा फर्काउनुहोस्।
Section one: Personal details	खण्ड एक: व्यक्तिगत विवरण
Full name:	पुरा नाम:
Address:	ठेगाना:

Telephone number:	टेलिफोन नम्बर:
Email address:	इमेल ठेगाना:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	**कृपया सबै प्रश्नहरू पूरा गर्नुहोस् र तपाईंलाई लागू हुने सबै उत्तरहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्।**
1.1 Date questionnaire completed:	1.1प्रश्नावली पूरा भएको मिति:
1.2 Which of the following best describes you? ☐Male ☐Female ☐Other ☐Prefer not to say	1.2 निम्न मध्ये कुन कुराले तपाईंको बारेमा सबैभन्दा राम्रो वर्णन गर्दछ? ☐पुरुष ☐महिला ☐अन्य ☐भन्न चाहन्न
1.3 Is this the same gender you were given at birth? ☐No ☐Yes ☐Prefer not to say	1.3 के यो त्यही लिंग हो जुन तपाईंलाई जन्मको समयमा दिइएको थियो? ☐छैन ☐छ ☐भन्न चाहन्न
Date of birth: Date______ Month _______ Year _______	1.4 जन्म मिति: गते________ महिना__________साल__________
1.5 Religion: ☐Buddhist ☐Christian ☐Hindu ☐Jewish ☐Muslim ☐Sikh	1.5 धर्म: ☐बौद्ध ☐क्रिश्चियन ☐हिन्दु ☐यहूदी

☐ Other religion ☐ No religion	☐ मुस्लिम ☐ सिख ☐ अन्य घर्म ☐ कुनै धर्म छैन
1.6 Marital status: ☐ Married/civil partner ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ None of the above	1.6 बैवाहिक स्थिति: ☐ विवाहित/सिभिल पार्टनर ☐ सम्बन्धविच्छेद भएको ☐ विधवा ☐ माथिको कुनै पनि होइन
1.7 Sexual Orientation: ☐ Heterosexual (attracted to the opposite sex) ☐ Homosexual (attracted to the same sex) ☐ Bisexual (attracted to males and females) ☐ Prefer not to say ☐ Other	1.7 यौन झुकाव: ☐ हेट्रोसेक्सुअल (विपरीत लिङ्गप्रति आकर्षित) ☐ समलिंगी (समान लिंगप्रति आकर्षित) ☐ उभयलिंगी (पुरुष र महिलाप्रति आकर्षित) ☐ भन्न चाहन्न ☐ अन्य
1.8 Main spoken language: ☐ Albanian ☐ Arabic ☐ Dari ☐ English ☐ Persian ☐ Other ☐ Russian ☐ Tigrinya ☐ Ukrainian ☐ Urdu ☐ Vietnamese	1.8 मुख्य बोलिने भाषा: ☐ अल्बेनियाली ☐ अरबी ☐ दारी ☐ अंग्रेजी ☐ फ़ारसी ☐ अन्य ☐ रुसी ☐ टिग्रीन्या ☐ यूक्रेनी ☐ उर्दु ☐ भिएतनामी
1.9 Second spoken language: ☐ Albanian ☐ Arabic ☐ Dari ☐ English ☐ Persian ☐ Other ☐ Russian ☐ Tigrinya ☐ Ukrainian ☐ Urdu ☐ Vietnamese ☐ None	1.9 दोस्रो बोलिने भाषा ☐ अल्बेनियाली ☐ अरबी ☐ दारी ☐ अंग्रेजी ☐ फ़ारसी ☐ रुसी ☐ टिग्रीन्या ☐ यूक्रेनी ☐ उर्दु ☐ भिएतनामी

	☐ अन्य ☐ कुनै पनि होइ
1.10 Do you need an interpreter? ☐ No ☐ Yes	1.10के तपाईंलाई दोभाषेको आवश्यकता छ? ☐ छैन ☐ छ
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. ☐ Male ☐ Female ☐ I don't mind	1.11के तपाईं पुरुष वा महिला दोभाषे चाहनुहुन्छ? कृपया ध्यान दिनुहोस् कि दोभाषेको उपलब्धताको अर्थ यो हुन सक्छ कि तपाईंको प्राथमिकता पूरा गर्न सधैं सम्भव हुँदैन। ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ मलाई कुनै आपत्ति छैन
1.12 Are you able to read in your own language? ☐ No ☐ Yes ☐ I have difficulty reading	1.12 के तपाईं आफ्नो भाषामा पढ्न सक्नुहुन्छ? ☐ छैन ☐ छ ☐ मलाई पढ्न गाह्रो हुन्छ
1.13 Are you able to write in your own language? ☐ No ☐ Yes ☐ I have difficulty writing	1.13के तपाईं आफ्नो भाषामा लेख्न सक्नुहुन्छ? ☐ छैन ☐ छ ☐ मलाई लेख्न गाह्रो हुन्छ
1.14 Do you need sign language support? ☐ No ☐ Yes	1.14के तपाईंलाई साङ्केतिक भाषामा सहयोग चाहिन्छ? ☐ छैन ☐ छ
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:	1.15कृपया तपाईंको नजिकको आफन्तको विवरण दिनुहोस् र/वा आपतकालमा सम्पर्क गर्न सकिने कोही व्यक्तिको विवरण दिनुहोस्:

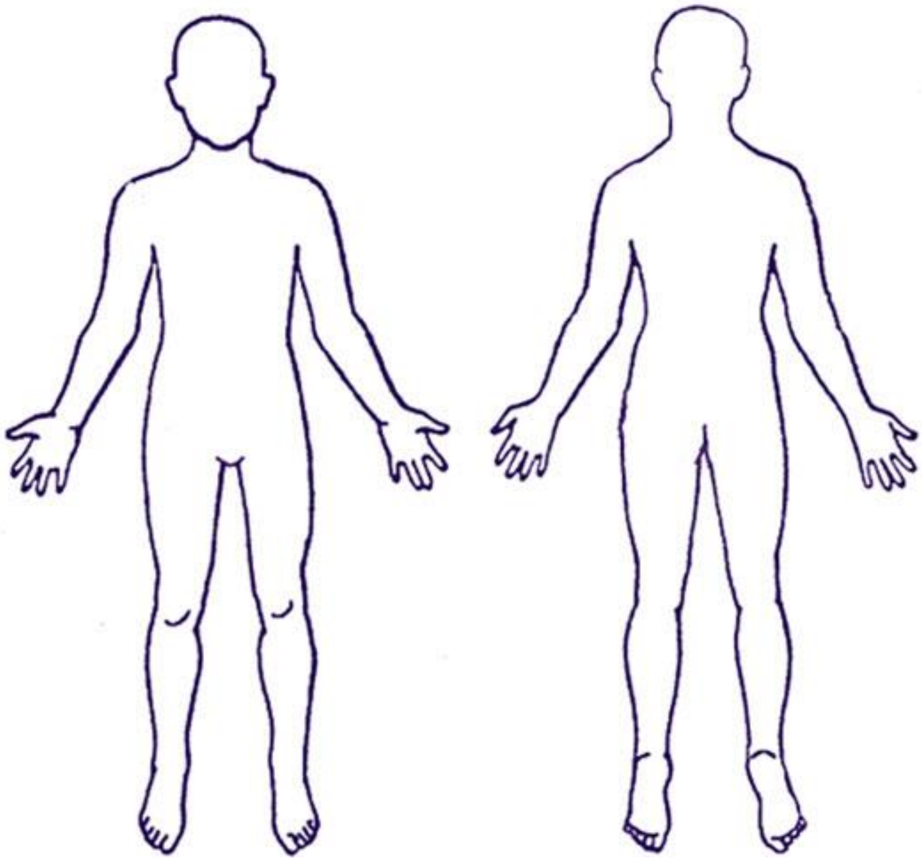
	Next of kin
Name:	

Contact telephone number: Address:	
Name: Contact telephone number: Address:	Emergency contact (if different)

नाम: सम्पर्क टेलिफोन नम्बर: ठेगाना:	नजिकको आफन्त
नाम: सम्पर्क टेलिफोन नम्बर: ठेगाना:	आपतकालीन सम्पर्क (यदि फरक भएमा)

Section two: Health questions	खण्ड दुई: स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रश्नहरू
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? ☐No ☐Yes	2.1के तपाई हाल अस्वस्थ वा बिरामी महसुस गर्दै हुनुहुन्छ? ☐छैन ☐छ
2.2 Do you need an urgent help for your health problem? ☐No ☐Yes	2.2के तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्य समस्याको लागि तत्काल मद्दत चाहिन्छ? ☐छैन ☐छ

2.3 Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply* ☐ Weight loss ☐ Cough ☐ Coughing up blood ☐ Night sweats ☐ Extreme tiredness ☐ Breathing problems ☐ Fevers ☐ Diarrhoea ☐ Skin complaints or rashes ☐ Blood in your urine ☐ Blood in your stool ☐ Headache ☐ Pain ☐ Low mood ☐ Anxiety ☐ Distressing flashbacks or nightmares ☐ Difficulty sleeping ☐ Feeling like you can't control your thoughts or actions ☐ Feeling that you want to harm yourself or give up on life ☐ Other	2.3के तपाईंलाई अहिले निम्न लक्षणहरूमध्ये कुनै छ? *कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्* ☐ तौल घट्नु ☐ खोकी ☐ खोक्दा रगत आउने ☐ रातमा पसिना आउनु ☐ अत्यधिक थकान ☐ श्वासप्रश्वासमा समस्या ☐ ज्वरो ☐ पखाला ☐ छालाको समस्या वा दागहरु ☐ तपाईंको पिसाबमा रगत ☐ तपाईंको दिसामा रगत ☐ टाउको दुख्ने ☐ दुखाइ ☐ कम मनोदशा ☐ चिन्ता ☐ पीडादायी सम्झनाहरू वा सपनाहरू ☐ निद्रामा समस्या ☐ आफ्नो विचार वा कार्यहरू नियन्त्रण गर्न नसक्ने महसुस ☐ आफूमाथि चोट पुर्याउने वा जीवनलाई त्याग्ने सोच ☐ अन्य
2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)	2.4कृपया शरीरको तस्बिरमा तपाईँको हालको स्वास्थ्य समस्या रहेको क्षेत्रलाई चिन्ह लगाउनुहोस्।



2.5 Do you have any known health problems that are ongoing? ☐No ☐Yes	2.5के तपाईलाई कुनै ज्ञात स्वास्थ्य समस्याहरू छन् जुन जारी छ? ☐छैन ☐छ
2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply ☐Arthritis ☐Asthma ☐Blood disorder ☐Sickle cell anaemia ☐Thalassaemia ☐Cancer ☐Dental problems ☐Diabetes ☐Epilepsy ☐Eye problems ☐Heart problems ☐Hepatitis B ☐Hepatitis C	2.6के तपाईंलाई निम्न मध्ये कुनै समस्या भएको छ वा थियो? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस् ☐बाथ ☐दम ☐रक्त विकार ☐सिकल सेल एनीमिया ☐थालसेमिया ☐क्यान्सर ☐दाँतको समस्या

☐HIV or AIDS
☐High blood pressure
☐Kidney problems
☐Liver problems
☐Long-term lung problem/breathing difficulties
☐Mental health problems
    ☐Low mood/depression
    ☐Anxiety
    ☐Post-traumatic stress disorder (PTSD)
    ☐Previously self-harmed
    ☐Attempted suicide
    ☐Other
☐Osteoporosis
☐Skin disease
☐Stroke
☐Thyroid disease
☐Tuberculosis (TB)
☐Other
	☐मधुमेह
	☐मिर्गी
	☐आँखाको समस्या
	☐मुटुको समस्या
	☐हेपाटाईसीस बि
	☐हेपाटाईसीस सि
	☐एचआईभी वा एड्स
	☐उच्च रक्तचाप
	☐मिर्गौलाको समस्या
	☐कलेजोको समस्या
	☐दीर्घकालीन फोक्सोको समस्या/ श्वासप्रश्वासमा कठिनाई
	☐मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूको कठिनाई
	    ☐कम मनोदशा/ डिप्रेसन
	    ☐चिन्ता
	    ☐पोस्ट-ट्राउमेटिक स्ट्रेस डिसअर्डर (PTSD)
	    ☐विगतमा आफूलाई चोट पुर्याएको
	    ☐आत्महत्याको प्रयास
	    ☐अन्य
	☐ओस्टियोपोरोसिस
	☐चर्मरोग
	☐स्ट्रोक
	☐थाइराइड रोग
	☐क्षयरोग (टीबी)
	☐अन्य

2.7 Have you ever had any operations / surgery? ☐No ☐Yes	2.7के तपाईलाई कुनै प्रकारको अपरेशन/ शल्यक्रिया गरिएको छ? ☐छैन ☐छ
2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this? ☐ In the last 12 months	2.8दि तपाईंको शल्यक्रिया भएको छ भने, यो कति समय पहिले भएको थियो?

☐ 1 – 3 years ago ☐ Over 3 years ago	☐ विगत 12 महिनामा ☐ 1 - 3 वर्ष पहिले ☐ 3 वर्षभन्दा पहिले
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? ☐ No ☐ Yes	2.9के तपाईंसँग युद्ध, द्वन्द्व वा यातनाबाट कुनै शारीरिक चोट लागेको छ? ☐ छैन ☐ छ
2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? ☐ No ☐ Yes	2.10के तपाईंलाई कुनै मानसिक स्वास्थ्य समस्या छ? यो युद्ध, द्वन्द्व, यातना वा आफ्नो देश छोड्न बाध्य हुनुबाट हुन सक्छ? ☐ छैन ☐ छ
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 ☐ Cancer ☐ Diabetes ☐ Depression/Mental health illness ☐ Heart attack ☐ High blood pressure ☐ Stroke ☐ Other	2.11परिवारमा केही स्वास्थ्य समस्या देखिन सक्छ । के तपाईंको नजिकको परिवारको सदस्य (बुबा, आमा, भाइबहिनी र हजुरबा हजुरआमा) लाई निम्न मध्ये कुनै एक थियो वा दुःख भोग्नुपर्‍यो? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस् ☐ क्यान्सर ☐ मधुमेह ☐ डिप्रेसन/मानसिक रोग ☐ हृदयघात ☐ उच्च रक्तचाप ☐ स्ट्रोक ☐ अन्य
2.12 Are you on any prescribed medicines? ☐ No ☐ Yes –*please list your prescribed medicines and doses in the box below* ***Please bring any prescriptions or medications to your appointment*** *Name* | *Dose*	2.12के तपाईँले कुनै औषधि लिइरहनुभएको छ? ☐ छैन ☐ हो -*कृपया तलको बाकसमा तपाईंको निर्धारित औषधि र खुराकहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्* ***कृपया तपाईंको अपोइन्टमेन्टमा कुनै पनि प्रिस्क्रिप्शन वा औषधीहरू ल्याउनुहोस्***

नाम	मात्रा

2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?

☐ No
☐ Yes

2.13के तपाईं आगामी केही हप्तामा यी कुनै पनि औषधिहरू समाप्त हुने बारे चिन्तित हुनुहुन्छ?

☐ छैन
☐ छ

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?

☐ No
☐ Yes –*please list medicines and doses in the box below*

Please bring any medications to your appointment

Name	*Dose*

2.14के तपाईं कुनै औषधि लिनुहुन्छ जुन स्वास्थ्य पेशेवरले प्रिस्क्रिप्ट गरेको छैन, उदाहरणका लागि तपाईंले फार्मेसी/ पसल/ इन्टरनेटमा किनेको औषधि वा विदेशबाट पठाएको औषधि?

☐ छैन
☐ हो *कृपया तलको बाकसमा औषधि र खुराकहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्*

कृपया कुनै पनि औषधि आफ्नो अपोइन्टमेन्टमा ल्याउनुहोस्

नाम	*मात्रा*

2.15 Are you allergic to any medicines?

☐ No
☐ Yes

2.15के तपाईंलाई कुनै औषधी प्रति एलर्जी छ?

☐ छैन
☐ छ

2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? ☐No ☐Yes	2.16के तपाईंलाई अरू कुनै कुरा प्रति एलर्जी छ? (उदाहरणका लागि खाना, कीराको टोकाइ, लेटेक्सको पन्जा) ☐छैन ☐छ
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? ☐No ☐Yes	2.17के तपाईमा कुनै शारीरिक अशक्तता वा गतिशीलतामा कठिनाइ छ? ☐छैन ☐छ
2.18 Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply* ☐No ☐Blindness ☐Partial sight loss ☐Full hearing loss ☐Partial hearing loss ☐Smell and/or taste problems	2.18के तपाईंमा कुनै संवेदनात्मक कमजोरी छ? *कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्* ☐छैन ☐अन्धोपन ☐आंशिक दृष्टि हानि ☐पूर्ण श्रवण हानि ☐आंशिक श्रवण हानि ☐गन्ध र/वा स्वादको समस्या
2.19 Do you have any learning difficulties? ☐No ☐Yes	2.19 के तपाईंलाई कुनै सिक्ने समस्या छ? ☐छैन ☐छ
2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? ☐No ☐Yes	2.20के तपाईंको कुनै खास निजी कुरा छ जुन तपाईं आफ्नो स्वास्थ्यकर्मीसँगको अर्को अपोइन्टमेन्टमा छलफल गर्न/उठाउन चाहनुहुन्छ? ☐छैन ☐छ
Section three: Lifestyle questions	**खण्ड तीन: जीवनशैलीका प्रश्नहरू**
3.1 How often do you drink alcohol? ☐Never ☐Monthly or less ☐2-4 times per month ☐2-3 times per week	3.1तपाईं कति पटक रक्सी पिउनुहुन्छ? ☐कहिल्यै गर्दिन ☐मासिक वा कम

☐4 or more times per week *There is **1 unit** of alcohol in:* *½ pint glass of beer* *1 small glass of wine* *1 single measure of spirits*	☐महिनामा 2-4 पल्ट ☐हप्तामा 2-4 पल्ट ☐हप्तामा 4 वा सो भन्दा बढी पल्ट *1 **एकाई**रक्सीमा:* *आधा पिन्ट गिलास बियर* *1 सानो गिलास वाइन* *१ वटा जति स्पिरिट*
a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking? ☐0-2 ☐3-4 ☐5-6 ☐7-9 ☐10 or more	b. तपाईं सामान्यतया कति एकाई रक्सी पिउनुहुन्छ? ☐0-2 ☐3-4 ☐5-6 ☐7-9 ☐10 वा सो भन्दा बढी
c. 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? ☐Never ☐Less than monthly ☐Monthly ☐Weekly ☐Daily or almost daily	d. गत वर्ष तपाईंले कति पटक ६ वा सो भन्दा बढी युनिट महिला भएमा वा ८ वा सो भन्दा बढी पुरुष भएमा एकैअवसरमा लिनुभएको थियो? ☐कहिल्यै गर्दिन ☐मासिक भन्दा कम ☐मासिक

	☐ साप्ताहिक ☐ दैनिक वा लगभग दैनिक
e. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin? ☐ Never ☐ I have quit taking drugs that might be harmful ☐ Yes	f. के तपाईं कुनै पनि औषधि लिनुहुन्छ जुन तपाईंको स्वास्थ्यको लागि हानिकारक हुन सक्छ जस्तै भांग, कोकिन, हेरोइन? ☐ कहिल्यै गर्दिन ☐ मैले हानिकारक लागुऔषध सेवन गर्न छोडेको छु ☐ छ
g. Do you smoke? ☐ Never ☐ I have quit smoking ☐ Yes ☐ Cigarettes How many per day? ___________ How many years have you smoked for? _________ ☐ Tobacco Would you like help to stop smoking? ☐ Yes ☐ No	h. के तपाई धुम्रपान गर्नुहुन्छ ? ☐ कहिल्यै गर्दिन ☐ मैले धुम्रपान त्यागेको छु ☐ छ ☐ सिगरेट दिनमा कतिपल्ट? ____________ तपाईँ कति वर्षदेखि धुम्रपान गर्दै हुनुहुन्छ? _________ ☐ सुर्ति धूम्रपान छोड्न मदत चाहनुहुन्छ? _________ ☐ छ ☐ छैन
i. Do you chew tobacco? ☐ Never ☐ I have quit chewing tobacco ☐ Yes	j. तपाईं सुर्ती सेवन गर्नुहुन्छ? ☐ कहिल्यै गर्दिन ☐ मैले सुर्ती सेवन गर्न छोडेको छु ☐ छ

## Section four: Vaccinations	## खण्ड चार: खोपहरु
4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin? ***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.*** ☐No ☐Yes ☐I don't know	4.1के तपाईंले आफ्नो देशका बाल्यकालका सबै खोपहरू लगाउनुभएको छ? ***यदि तपाईंसँग तपाईंको खोप इतिहासको रेकर्ड छ भने कृपया यसलाई तपाईंको अपोइन्टमेन्टमा ल्याउनुहोस्।*** ☐छैन ☐छ ☐मलाई थाहा छैन
4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)? ☐No ☐Yes ☐I don't know	4.2के तपाईंले क्षयरोग (टीबी) विरुद्धको खोप लगाउनुभएको छ? ☐छैन ☐छ ☐मलाई थाहा छैन

4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?
☐No
☐Yes
    ☐1 dose
    ☐2 doses
    ☐3 doses
    ☐More than 3 doses
☐I don't know
	4.3के तपाईंले कोभिड–19 विरुद्धको खोप लगाउनुभएको छ ?
	☐छैन
	☐छ
	    ☐1 मात्रा
	    ☐2 मात्रा
	    ☐3 मात्रा
	    ☐3 मात्रा भन्दा बढी
	☐मलाई थाहा छैन

## Section five: Questions for female patients only	## खण्ड पाँच: महिला बिरामीको लागि मात्र प्रश्नहरु
5.1 Are you pregnant? ☐No ☐I might be pregnant ☐Yes	5.1के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ? ☐छैन ☐म गर्भवती हुन सक्छु

How many weeks pregnant are you?____________________	☐ छ तपाईं कति हप्ताकी गर्भवती हुनुहुन्छ? ____________________
5.2 Do you use contraception? ☐ No ☐ Yes What method do you use? ☐ Barrier contraception *e.g. condoms, gel* ☐ Oral contraceptive pill ☐ Copper Coil/Intrauterine device (IUD) ☐ Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena* ☐ Contraceptive injection ☐ Contraceptive implant ☐ Other	5.2के तपाईं गर्भनिरोधक प्रयोग गर्नुहुन्छ? ☐ छैन ☐ छ तपाईं कुन विधि प्रयोग गर्नुहुन्छ? ☐ अवरोधक गर्भनिरोधक *जस्तै कन्डम, जेल* ☐ मौखिक गर्भनिरोधक चक्की ☐ कपर कोइल/ गर्भभित्रको उपकरण (IUD) ☐ हर्मोनल कोइल/ गर्भभित्रको प्रणाली (IUS) *जस्तै मिरेना* ☐ गर्भनिरोधक सुई ☐ गर्भनिरोधक प्रत्यारोपण ☐ अन्य
5.3 Do you urgently need any contraception? ☐ No ☐ Yes	5.3के तपाईंलाई तुरुन्तै गर्भनिरोधकको आवश्यकता छ? ☐ छैन ☐ छ
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. ☐ No ☐ Yes ☐ I would like to be given more information	5.4के तपाईंले कहिल्यै गर्भाशय ग्रीवाको स्मेयर वा स्मेयर परीक्षण गर्नुभएको छ? यो परीक्षण गर्भाशय ग्रीवाको स्वास्थ्य जाँच गर्न र गर्भाशय ग्रीवाको क्यान्सर रोक्नको लागि गरिन्छ। ☐ छैन ☐ छ ☐ म थप जानकारी प्राप्त गर्न चाहन्छु
5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)? ☐ No ☐ Yes	5.5के तपाईंको गर्भाशय निकासी (गर्भाशय र गर्भाशयको मुख हटाउने शल्यक्रिया) भएको छ?

	☐ छैन ☐ छ
5.6 As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? ☐ No ☐ Yes	5.6एक महिला बिरामीको रूपमा, के कुनै विशेष निजी कुरा छ जुन तपाईं स्वास्थ्य सेवा पेशेवरसँग तपाईंको अर्को भेटमा छलफल गर्न/उठाउन चाहनुहुन्छ? ☐ छैन ☐ छ
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.	यदि कुनै कुरा छ जसलाई यस फारममा उल्लेख गर्न तपाईंलाई सहज लाग्दैन र तपाईं डाक्टरसँग छलफल गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो जीपीलाई फोन गरेर अपोइन्टमेन्ट लिनुहोस्।