

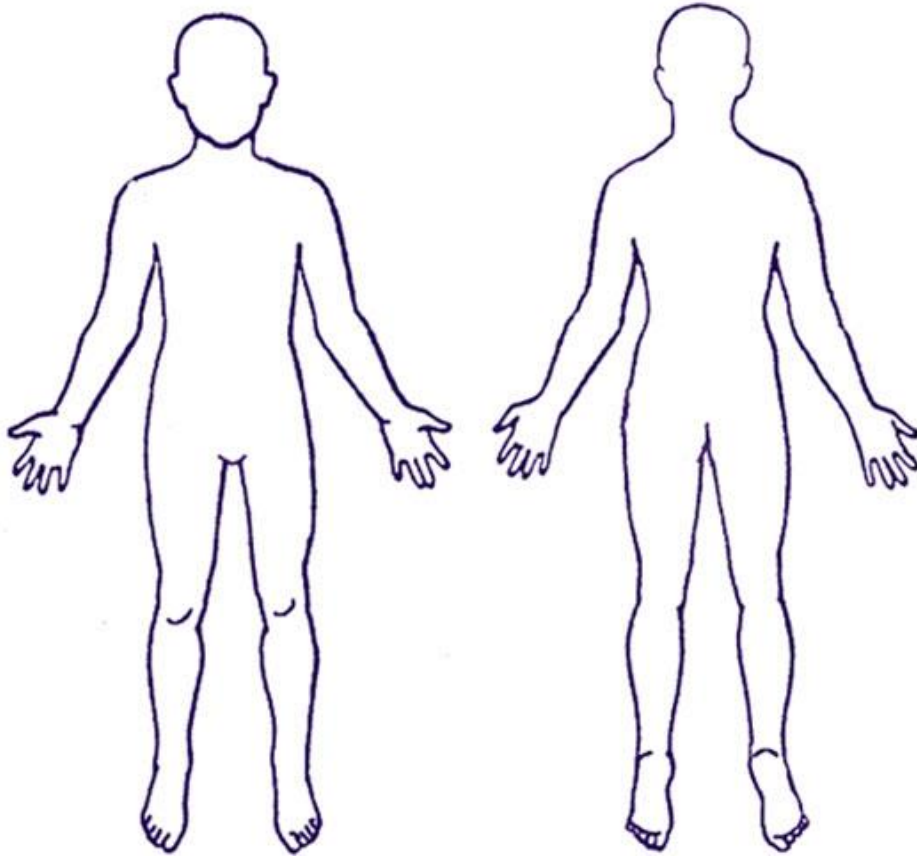
English	Nepali/Pahari
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>युकेमा भर्खरै आएका आप्रवासीहरूका लागि बिरामी सम्बन्धी प्रश्नावली: बालबालिका र युवाहरू</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration 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>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>सबैलाई GP सँग दर्ता गर्ने अधिकार छ। तपाईंलाई GP सँग दर्ता गर्न ठेगाना, अध्यागमन स्थिति, आईडी वा NHS नम्बरको प्रमाण चाहिँदैन।</p> <p>यो प्रश्नावली बालबालिकाको स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी सङ्कलन गर्नको लागि हो ताकि तपाईंको GP अभ्यासमा रहेका स्वास्थ्य व्यवसायीहरूले राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवाको गोपनीयता र डेटा साझेदारी नीतिहरू अनुसार उनीहरूलाई कस्तो सहयोग, उपचार र विशेषज्ञ सेवाहरू आवश्यक पर्न सक्छ भनेर बुझ्न सक्नु।</p> <p>१८ वर्ष मुनिका सक्षम युवाहरूले आफ्ना लागि वयस्क संस्करण पूरा गर्न सक्छन्।</p> <p>तपाईंको प्रत्यक्ष हेरचाह बाहेक अन्य उद्देश्यका लागि तपाईंले उपलब्ध गराउनुभएको कुनै पनि जानकारी तपाईंले सहमति दिनुनभएसम्म (जस्तै चिकित्सा अनुसन्धानलाई समर्थन गर्न) वा उनीहरूलाई कानूनद्वारा त्यसो गर्न आवश्यक नभएसम्म (उदाहरणका लागि अन्य मानिसहरूलाई गम्भीर हानिबाट जोगाउन); वा ओभरराइडिङ्ग सार्वजनिक चासो नभएसम्म (जस्तै तपाईं सरुवा रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ) तपाईंको GP ले खुलासा गर्ने छैनन्। तपाईंको GP ले तपाईंको जानकारी कसरी प्रयोग गर्नेछन् भन्ने बारे थप जानकारी तपाईंको GP अभ्यासबाट उपलब्ध छ।</p>

Person completing	पुरा गर्ने व्यक्ति
Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	कसले फारम पुरा गरेको हो: <input type="checkbox"/> बच्चाको अभिभावक <input type="checkbox"/> बच्चाको कानूनी अभिभावक/हेरचाहकर्ता
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: दिन _____ महिना _____ बर्ष _____
Child's address:	बच्चाको ठेगाना:
Mother's name:	आमाको नाम:
Father's name:	बाबुको नाम:
Contact telephone number(s):	सम्पर्क टेलिफोन नम्बर
Email address:	ईमेल ठेगाना
Please tick all the answer boxes that apply to your child.	तपाईंको बच्चामा लागु हुने सबै उत्तरहरुमा बाक्सामा ठिक लगाउनुहोस्।
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 निम्न मध्ये तपाईंको बच्चालाई के ले उत्तम व्याख्या गर्छ: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> भन्न नरुचाउने

<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"/> बुद्धिष्ट</p> <p><input type="checkbox"/> क्रीष्टियन</p> <p><input type="checkbox"/> हिन्दु</p> <p><input type="checkbox"/> जुईस</p> <p><input type="checkbox"/> मुसल्मान</p> <p><input type="checkbox"/> शिख</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य धर्म</p> <p><input type="checkbox"/> कुनै पनि 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 बोल्ने मुख्य भाषा:</p> <p><input type="checkbox"/> अल्बानियन</p> <p><input type="checkbox"/> अरबिक</p> <p><input type="checkbox"/> दारी</p> <p><input type="checkbox"/> अंग्रेजी</p> <p><input type="checkbox"/> पर्सियन</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p> <p><input type="checkbox"/> रसियन</p> <p><input type="checkbox"/> टिग्रिन्या</p> <p><input type="checkbox"/> युक्रेनियन</p> <p><input type="checkbox"/> उर्दु</p> <p><input type="checkbox"/> भियतनामि</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>1.4 बोल्ने दोस्रो भाषा:</p> <p>1.5</p> <p><input type="checkbox"/> अल्बानियन</p> <p><input type="checkbox"/> अरबिक</p> <p><input type="checkbox"/> दारी</p> <p><input type="checkbox"/> अंग्रेजी</p> <p><input type="checkbox"/> पर्सियन</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p> <p><input type="checkbox"/> रसियन</p> <p><input type="checkbox"/> टिग्रिन्या</p> <p><input type="checkbox"/> युक्रेनियन</p> <p><input type="checkbox"/> उर्दु</p> <p><input type="checkbox"/> भियतनामि</p> <p><input type="checkbox"/> कुनै पनि छैन</p>
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>1.5 तपाईंको बच्चालाई दोभाषे चाहिन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> चाहिन्छ</p> <p><input type="checkbox"/> चाहिन्न</p>
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.6 तपाईंको बच्चालाई सांकेतिक भाषा सहयोग चाहिन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> चाहिन्न</p> <p><input type="checkbox"/> चाहिन्छ</p>
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <p><input type="checkbox"/> Mother</p> <p><input type="checkbox"/> Father</p> <p><input type="checkbox"/> Brother(s)</p> <p>How many? _____</p> <p>What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sister(s)</p> <p><input type="checkbox"/> How many? _____</p>	<p>1.7 बेलायतमा एकै घरमा तपाईंको बच्चा सहित को बस्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> आमा</p> <p><input type="checkbox"/> बुबा</p> <p><input type="checkbox"/> दाजु(हरु)</p> <p>कति जना? _____</p> <p>कुन उमेर(हरु)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> दिदिबहिनी(हरु)</p> <p><input type="checkbox"/> कति जना? _____</p>

<input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> How many? _____	<input type="checkbox"/> कुन उमेर(हरु)? _____ <input type="checkbox"/> अन्य _____ <input type="checkbox"/> कति जना? _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age</p> <p><input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school</p> <p><input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place</p> <p><input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school _____</p>	<p>1.8 के तपाईंको बच्चा नर्सरी वा स्कुल जान्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> जाँदैन</p> <p><input type="checkbox"/> मेरो बच्चा २ वर्ष भन्दा सानो छ</p> <p><input type="checkbox"/> हामीले स्थानको लागि आवेदन दिएका छौं तर नर्सरी/स्कुल एलोकेट गरेको छैन</p> <p><input type="checkbox"/> नर्सरी वा स्कुलमा आवेदन दिन सहायता कहाँ पाईन्छ भन्ने सूचना प्राप्त गर्न मईच्छुक छु।</p> <p><input type="checkbox"/> जान्छ –कृपया नर्सरी वा स्कुलको नाम दिनुहोस् _____</p>
<p>Section two: Health questions</p>	<p>खण्ड दुई: स्वास्थ्य प्रश्नहरू</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 तपाईंलाई तपाईंको बच्चा बारे केही सरोकार छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 तपाईंको बच्चा हाल अस्वस्थ वा बिरामी छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 के तपाईंको बच्चालाई स्वास्थ्य समस्या बारे कुनै शिघ्र सहायता चाहनुहुन्छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ</p>
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p> <p><input type="checkbox"/> Breathing problems</p> <p><input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoea</p>	<p>2.4 के तपाईंको बच्चालाई हाल निम्न मध्ये कुनै लक्षण छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस्</p> <p><input type="checkbox"/> वजन घट्ने</p> <p><input type="checkbox"/> खोकी</p> <p><input type="checkbox"/> रगत खोक्ने</p> <p><input type="checkbox"/> राति पसिना आउने</p> <p><input type="checkbox"/> अत्याधिक थकान</p> <p><input type="checkbox"/> श्वास फेर्ने समस्या</p> <p><input type="checkbox"/> ज्वारो</p> <p><input type="checkbox"/> पखाला</p> <p><input type="checkbox"/> कब्जियत</p>

<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"/> छाला चिटचिटाहत वा डावरहरु <input type="checkbox"/> पिसाबमा रगत <input type="checkbox"/> दिशामा रगत <input type="checkbox"/> टाउको दुख्ने <input type="checkbox"/> दुखाई <input type="checkbox"/> मुड नहुने <input type="checkbox"/> एड्जाईटि <input type="checkbox"/> फ्यासव्याक र नराम्रो सपना देख्ने <input type="checkbox"/> सुत्न कठिनाई <input type="checkbox"/> आफैलाई <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 शरिरको चित्रमा उनीहरुले हाल स्वास्थ्यमा अनुभव गरेको समस्या (हरु) भएको क्षेत्रमा (हरु) चित्रण गर्नुहोस्</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 के तपाईंको बच्चा समय पूर्व जन्मिएको थियो (चाँडै जन्मिएको – गर्भधारणको 37 हप्ता /8.5 महिना अगाडि)?</p> <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> हो
---	---

<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>2.7 के तपाईंको बच्चालाई जन्मनासाथ केही स्वास्थ्य समस्या भएको थियो जस्तै श्वास फेर्न समस्या, इन्फेक्सन, मानसिक चोटपटक?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
<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 नयाँ शिशु मात्र (३ महिना सम्मको): के तपाईंको बच्चाको जन्म पछिको 6-8 हप्ता पछिको परिक्षण तपाईंको GP ले गरिसके?</p> <p><input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> हो</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 के तपाईंको बच्चामा थाहा भएको कुनै 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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease</p>	<p>10 के तपाईंको बच्चामा निम्न कुनै छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस्</p> <p><input type="checkbox"/> दम <input type="checkbox"/> रगतमा समस्या <input type="checkbox"/> सिकल सेल अनेमिया <input type="checkbox"/> थालासेईमिया</p> <p><input type="checkbox"/> क्यान्सर <input type="checkbox"/> दन्त्य समस्या <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> ईपिलेप्सि <input type="checkbox"/> आँखाको समस्या <input type="checkbox"/> कान, नाक र घाँटी <input type="checkbox"/> मुटुको समस्या <input type="checkbox"/> हेपाटाईटिस B <input type="checkbox"/> हेपाटाईटिस C <input type="checkbox"/> एचआईभी <input type="checkbox"/> मृगौलाको समस्या <input type="checkbox"/> पित्तको समस्या <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य समस्या <input type="checkbox"/> मुड नहुने/डिप्रेसन <input type="checkbox"/> एङ्गजाईटि <input type="checkbox"/> पोस्ट-ट्रामाटिक स्ट्रेस डिसअडर (PTSD) <input type="checkbox"/> पहिले स्वहानी गरेको <input type="checkbox"/> आत्म हत्याको प्रयास गरेको <input type="checkbox"/> अन्य</p>

<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> छाला सम्बन्धी रोग <input type="checkbox"/> थाईरोईडको रोग <input type="checkbox"/> ट्युबरकोलोसिस (TB) <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 बच्चाको कहिल्यै अपरेसन/शल्यक्रीया भएको थियो? <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, द्वन्द वा टर्चरका कारणले कुनै शारिरिक चोटपटक 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 बच्चामा कुनै मानसिक समस्या छ? यो युद्ध, द्वन्द, टर्चर वा तपाईंको देशबाट भाग्न पर्ने कारण ले हुन सक्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.14के तपाईंको बच्चामा कुनै शारिरिक अशक्तता वा हिँडडुल गर्न समस्या छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
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	2.15के तपाईंको बच्चा कुनै सेन्सरि ईम्पेरमेन्ट छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्धोपना <input type="checkbox"/> आंशिक दृष्टिको कमि <input type="checkbox"/> पुरा सुन्न नसक्ने <input type="checkbox"/> आंशिक सुन्न नसक्ने <input type="checkbox"/> बास्ना र/वा स्वाद संबन्धी समस्याहरु
2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16के तपाईंको बच्चामा कुनै सिकाई सम्बन्धी कठिनाई वा व्यवहारिक समस्याहरु छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
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	2.17के तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको बिकासमा कुनै सरोकार छ जस्तै वजन/उचाई? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ

<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>2.18शिशु मात्र:के तपाईंको बच्चामा कुनै खुवाई संबन्धी समस्या छ जस्तै वान्ता गर्ने, रिफ्लक्स, दुध खान नमात्रे?</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><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>2.19के तपाईंको बच्चाको नजिकको परिवार (बुबा, आमा, दाजुभाई र हजुरबुबा/आमा) मा निम्न कुनै समस्या थियो?</p> <p><input type="checkbox"/> दम <input type="checkbox"/> क्यान्सर <input type="checkbox"/> डिप्रेसन/ मानसिक स्वास्थ्य समस्या <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> हर्ट अट्याक <input type="checkbox"/> हेपाटाईटिस B <input type="checkbox"/> उच्च रक्त चाप <input type="checkbox"/> एचआईभी <input type="checkbox"/> सिकाई संबन्धी समस्या <input type="checkbox"/> स्ट्रोक <input type="checkbox"/> टुबरक्लोसिस् (TB) <input type="checkbox"/> अन्य</p>								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your child's prescribed medicines and doses in the box below</i></p> <p>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 1559 777 2002"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20के तपाईंको बच्चा लाई कुनै औषधी सिफारिस गरिएको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ – <i>कृपया तलको बाक्सामा सिफारिस गरिएको सबै औषधी र मात्रा सूची गर्नुहोस</i></p> <p>तपाईंको बच्चाको अपोईन्टमेन्टमा सबै सिफारिस र औषधी लैराउनुहोस</p> <table border="1" data-bbox="825 1507 1452 1951"> <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>2.21 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 आर्को केही हप्तामा तपाईं यी औषधीहरु सकिनेमा 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>Please bring any medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 965 775 1413"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 965 564 1005">Name</th> <th data-bbox="564 965 775 1005">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1005 564 1413"></td> <td data-bbox="564 1005 775 1413"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22 के तपाईंको बच्चा ले कुनै स्वास्थ्य व्यवसायीले सिफारिस नगरेको औषधी लिएको छ जस्तै तपाईंले औषधी पसलबाट किनेको, ईन्टरनेटबाट किनेको वा बिदेशबाट डेलिभर गिएको?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ –<i>कृपया तलको बाक्सामा सबै औषधी र मात्रा सूची गर्नुहोस</i></p> <p>तपाईंको बच्चाको अपोईन्टमेन्टमा सबै औषधी लैराउनुहोस</p> <table border="1" data-bbox="826 965 1452 1413"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 965 1241 1005">नाम</th> <th data-bbox="1241 965 1452 1005">मात्रा</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 1005 1241 1413"></td> <td data-bbox="1241 1005 1452 1413"></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>2.23 के तपाईंको बच्चामा औषधीले कुनै 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 <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24 के तपाईंको बच्चामा अन्य कुनै कुराको एलर्जी छ? (जस्तै खाना, कीराको गन्ध, ल्याटेक्स ग्लोभ)?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>								

<p>Section three: Vaccinations</p>	<p>खण्ड तीन: खोपहरु</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.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.1 के तपाईंको बच्चाको जन्मेको देशमा सबै खोपहरु प्राप्त गरेकोछ? तपाईं सँग खोपको ईतिहास छ भने एपोइन्टमेन्टम लिएर आउनुहोस्।</p> <p><input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन</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 के तपाईंको बच्चालाई ट्युबरकुलोसिस बिरुद्ध खोप लगाईएको छ (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन</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</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.3 के तपाईंको बच्चालाई COVID-19 बिरुद्ध खोप लगाईएकोछ?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 मात्र <input type="checkbox"/> 2 मात्रा <input type="checkbox"/> 3 मात्रा <input type="checkbox"/> 3 मात्रा भन्दा बढी</p> <p><input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन</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>यदि तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित केही कुरा छ जुन तपाईंलाई यो फारममा साझा गर्न सहज लाग्दैन र तपाईं डाक्टरसँग छलफल गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो GPलाई कल गर्नुहोस् र अपोइन्टमेन्ट बुक गर्नुहोस्।</p>