

| English | Sylheti |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | যুক্তরাজ্যে নয়া আগমন কৰী অভিবাসী অগলৰ লাগি নয়া ৰুগী অগলৰ প্ৰশ্ন ওগল (New Patient Questionnaire): বাইচা কম বয়স-অৰ মানুষ-জন-অৰ লাগি |

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 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.

Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.

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.

একজন GP-অর লগে নিবন্ধন খরার অধিকার সব-অর আছে। GP-অর লগে নিবন্ধন খরার লাগি আফনার কুনু ঠিকানার প্রমাণ, অভিবাসন-অর অবস্থা, আইডি বা NHS নম্বর অর দরখার নাই

অউ প্রশ্ন অগল দিয়া বাইচা ইনতর স্বাইস্থ্য সম্পর্কিত তইথ্য সংগ্রহ খরা অইব, খারণ আফনার GP প্র্যাক্টিস-অ থাকা স্বাস্থ্য বিষয়ক বিশেষজ্ঞ অগলে বুঝতা ফারবা যে ন্যাশনাল হেলথ সার্ভিস (National Health Service) -অর গোপনীয়তা ও তইথ্য শেয়ার খরার নীতি মানিয়া তানরার কুন ধরণ-অর সহায়তা, চিকিৎসা বা বিশেষ সেবার দরখার লাগত ফারে।

18 বছর-অর কম বয়স-অর তরুণ অগল - অর লাগি প্রাপ্তবয়স্ক কুনুগে অউ সংস্করণটা পূরণ খরত ফারবা।

আফনার সরাসরি সেবার উদ্দেশ্য বাদে আফনার কুনু তইথ্য আফনার GP প্রকাশ করতো নায়, যদি না: আফনে রাজি থাকইন (যেলাখান, চিকিৎসা বিষয়ক গবেষণাত কাম-অ লাগত ফারে); বা আইন মানিয়া তানরা অটা করতা বাইধ্য থাকইন (যেলা, গুরুতর ক্ষতি থাকি অইন্য লোকজনরে বাচানির লাগি); আর নায় অইন্য কুনু জরুরি জনস্বার্থ বিষয়ক খারণ থাকিয়া থাকে (যেমন, আফনে কুনু সংক্রামক রুগে আক্রান্ত অইলে) । আফনার GP আফনার তইথ্য কীলা ব্যবহার খরবা অউ সম্পর্কিত আরো তইথ্য আফনার GP -অর প্রেক্টিস-অর কাছ থাকি ফাইবা ।

আপনার GP প্রেক্টিসঅর কাছে আফনার অউ উত্তর অগল জমা দেইন।

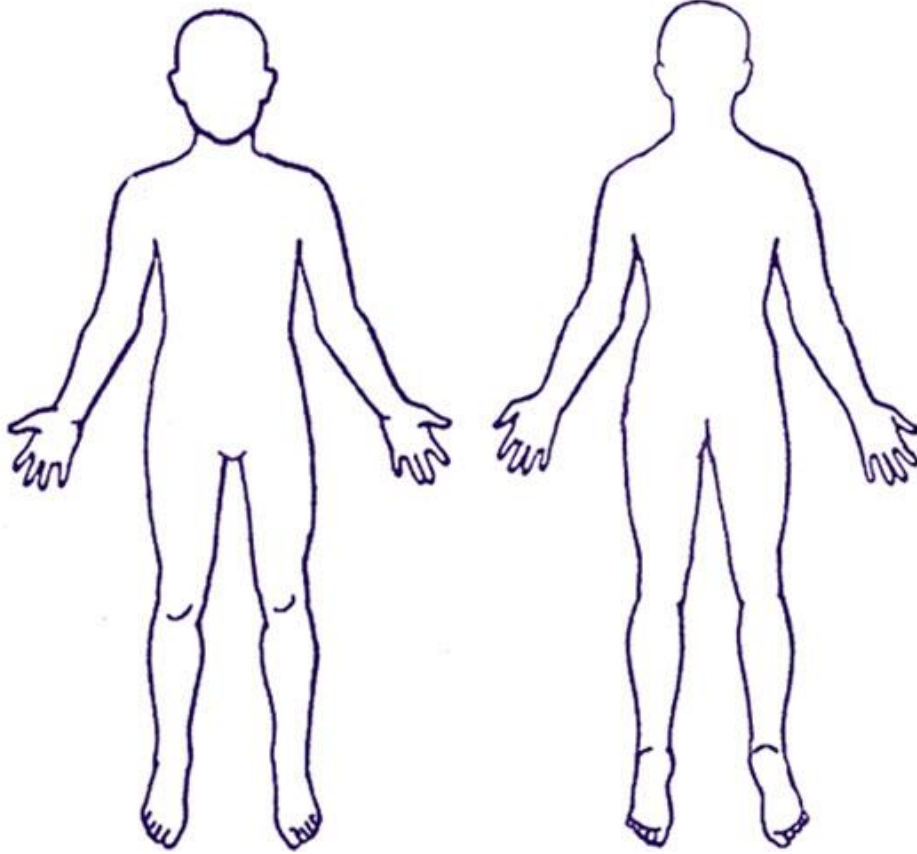
| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Person completing | যেইন অটা পূরণ খরছইন |
| Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer | অউ ফর্মটা কে পূরণ খরছইন: <input type="checkbox"/> বাউচ্ছা ইনতর পিতামাতা <input type="checkbox"/> বাউচ্ছা ইনতর আইনানুগ অভিভাবক/কেয়ারার |
| Section one: Personal details | অনুচ্ছেদ এক: ব্যক্তিগত তথ্য |
| Child's full name: | বাইচ্চার ফুরা নাম: |
| Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____ | বাইচ্চার জন্ম তারিখ: দিন _____ মাস _____ বছর _____ |
| Child's address: | বাইচ্চার ঠিকানা: |
| Mother's name: | মা-র নাম: |
| Father's name: | বাবা-র নাম: |
| Contact telephone number(s): | যুগায়ুগ-অর লাগি টেলিফোন নম্বর: |
| Email address: | ইমেইল ঠিকানা: |
| Please tick all the answer boxes that apply to your child. | আফনার বাইচ্চার লাগি প্রযোজ্য সবতার মাঝে টিক চিহ্ন দেইন। |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 নিচ-অর কুন বিষয়টা আফনার বাইচচার লাগি উপযোগী?</p> <p><input type="checkbox"/> পুরুষ</p> <p><input type="checkbox"/> মহিলা</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> <p><input type="checkbox"/> উত্তর দিতা চাইরা না</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 ধর্ম:</p> <p><input type="checkbox"/> বৌদ্ধ</p> <p><input type="checkbox"/> খ্রিস্টান</p> <p><input type="checkbox"/> হিন্দু</p> <p><input type="checkbox"/> ইহুদি</p> <p><input type="checkbox"/> মুসলিম</p> <p><input type="checkbox"/> শিখ</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য ধর্ম</p> <p><input type="checkbox"/> কোনো ধর্ম নাই</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 মুখ-অর ভাষা:</p> <p><input type="checkbox"/> আলবেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> আরবি</p> <p><input type="checkbox"/> দারি</p> <p><input type="checkbox"/> ইংরেজি</p> <p><input type="checkbox"/> পার্সিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> <p><input type="checkbox"/> রুশ</p> <p><input type="checkbox"/> টাইগ্রিনিয়া</p> <p><input type="checkbox"/> ইউক্রেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> উর্দু</p> <p><input type="checkbox"/> ভিয়েতনামিজ</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 অইন্য কুনু ভাষাত মাতিয়া থাকলে:</p> <p>1.5</p> <p><input type="checkbox"/> আলবেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> আরবি</p> <p><input type="checkbox"/> দারি</p> <p><input type="checkbox"/> ইংরেজি</p> <p><input type="checkbox"/> পার্সিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> <p><input type="checkbox"/> রুশ</p> <p><input type="checkbox"/> টাইগ্রিনিয়া</p> <p><input type="checkbox"/> ইউক্রেনিয়ান</p> <p><input type="checkbox"/> উর্দু</p> <p><input type="checkbox"/> ভিয়েতনামিজ</p> <p><input type="checkbox"/> কোনোটাই</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 আফনার বাইচচার লাগি কুনু দোভাষীর দরকার আছে নি?</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> না</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 আফনার বাইচার ইশারাত মাতার লাগি সাহাইয্য দরখার নি?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</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><input type="checkbox"/> What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> How many? _____</p> | <p>1.7 আফনার বাইচা অখন যুক্তরাজ্যে-ত যে বাসার মাঝে থাকে অউ জেগাত আর কে কে থাকইন?</p> <p><input type="checkbox"/> মা</p> <p><input type="checkbox"/> বাবা</p> <p><input type="checkbox"/> ভাই</p> <p>কয়জন? _____</p> <p>বয়স কত? _____</p> <p><input type="checkbox"/> বোন?</p> <p><input type="checkbox"/> কয়জন? _____</p> <p><input type="checkbox"/> বয়স কত? _____</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> <p><input type="checkbox"/> কয়জন? _____</p> |
| <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 – <i>please give name of nursery or school</i></p> <p>_____</p> | <p>1.8 আফনার বাইচা কিতা নার্সারি বা স্কুল-অ যায় নি?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> আপনার বাইচার বয়স 2 বছর-অর কম</p> <p><input type="checkbox"/> আমরা একট্রা জাগার লাগি আবেদন খরছি, তে অখনও নার্সারি/স্কুল-অ ভর্তি অইছে না</p> <p><input type="checkbox"/> নার্সারি বা স্কুল-অ ভর্তির লাগি আবেদন খরার লাগি আমি কুন জাগা থাকি সহায়তা ফাইতাম ফারি অটা লইয়া তইথ্যা জানতাম চাই</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ – <i>অনুগ্রহ করিয়া নার্সারি বা স্কুল-অর নাম দেইন</i></p> <p>_____</p> |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Section two: Health questions</p> | <p>অনুচ্ছেদ দুই: স্বাস্থ্য লইয়া প্রশ্ন</p> |
| <p>2.1 Do you have any concerns about your child? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>2.1 আফনার বাইচার কুন্সু জিনিস নিয়া আফনার কুন্সু পেরেশানি আছে নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> |
| <p>2.2 Is your child currently unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>2.2 আফনার বাইচছা অখন কিতা অসুস্থ নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> |
| <p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> | <p>2.3 আফনার বাইচার স্বাস্থ্য সমইস্যার লাগি কিতা জরুরি কুন্সু সাহইয্য দরখার নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> |
| <p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 <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 | <p>2.4 বর্তমান -অ আফনার বাইচার নিচ-অর কুন্সু উপসর্গ আছে নি? প্রযোজ্য সবতার লাগি টিক চিহ্ন দেইন</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ওজন কমিয়া যাওয়া <input type="checkbox"/> কাশি <input type="checkbox"/> কাশির মাঝে রক্ত <input type="checkbox"/> রাইতে ঘাম অওয়া <input type="checkbox"/> অত্যধিক ক্লান্তি <input type="checkbox"/> শ্বাসপ্রশ্বাস-অর সমইস্যা <input type="checkbox"/> জ্বর <input type="checkbox"/> ডায়রিয়া <input type="checkbox"/> কোষ্ঠকাঠিন্য <input type="checkbox"/> ত্বক-অর সমইস্যা বা ফুসকুড়ি <input type="checkbox"/> তারার প্রশ্রাব-অর লগে রক্ত যায় <input type="checkbox"/> তারার মল-অর লগে রক্ত যায় <input type="checkbox"/> মাতাত ব্যথা <input type="checkbox"/> ব্যাথা <input type="checkbox"/> মিজাজ খারাপ <input type="checkbox"/> উদ্বেগ <input type="checkbox"/> যন্ত্রণাদায়ক অতীত বা দুঃস্বপ্ন <input type="checkbox"/> ঘুমানির অসুবিধা <input type="checkbox"/> মনে অয় হে নিজ-অর ক্ষতি করতো বা আত্মহত্যা করতা চায় <input type="checkbox"/> অন্যান্য |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| | |
| 2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5 তারার শরীর-অর কুন জাগাত সমইস্য মনো কররা অনুগ্রহ করিয়া ছবিত অটা চিহ্নিত করুকা |



| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 2.6 আফনার বাইচা কিতা নির্দিষ্ট সময়-অর আগ-অউ জন্মাইছইন নি (আগাম জন্মগ্রহণ – গর্ভধারণ-অর 37 সপ্তাহ/8.5 মাস-অর আগ-অ)? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 2.7 জন্মানির বাদে আফনার বাইচার কোনো স্বাস্থ্যজনিত কুনু সমইস্য আছিল, যেলা শ্বাসপ্রশ্বাস-অর সমইস্য, সংক্রমণ, মস্তিষ্ক-ত আঘাত? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 শুধুমাত্র নবজাতক-অর লাগি (3 মাস বয়সী-রার লাগি): জন্মানির 6-8 সপ্তাহ-অর বাদে আপনার বাইচারে কুন্সু GP (ডাক্তার) পরীক্ষা খরছিল নি?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হাঁ</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 আফনার জানামতে আফনার বাইচার কুন্সু জানা স্বাইস্থ্য সমইস্য্যা আছে নি?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হাঁ</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 <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other</p> | <p>2.10 আপনার শিশুর কি নিচের কোনো উপসর্গ আছে? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন</p> <p><input type="checkbox"/> হাঁপানি <input type="checkbox"/> রক্তে অস্বাভাবিক অবস্থা <input type="checkbox"/> সিকল সেল অ্যানিমিয়া <input type="checkbox"/> থ্যালাসেমিয়া</p> <p><input type="checkbox"/> ক্যান্সার <input type="checkbox"/> দাঁত-অর সমস্য্যা <input type="checkbox"/> ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> মৃগী রোগ <input type="checkbox"/> চোখের সমস্য্যা <input type="checkbox"/> কান, নাক বা গলা <input type="checkbox"/> হৃদযন্ত্রের সমস্য্যা <input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস বি <input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস সি <input type="checkbox"/> এইচআইভি <input type="checkbox"/> কিডনির সমস্য্যা <input type="checkbox"/> যকৃৎ বা লিভার-অ সমস্য্যা <input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্যজনিত সমস্য্যা <input type="checkbox"/> মেজাজ খারাপ/বিষণ্ণতা <input type="checkbox"/> উদ্বেগ <input type="checkbox"/> আঘাত-পরবর্তী মানসিক চাপজনিত অসুস্থতা (PTSD) <input type="checkbox"/> অতীত-অ নিজ-অর ক্ষতি করা অইছে <input type="checkbox"/> আত্মহত্যার চেষ্টা করা অইছে</p> |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> ত্বকের রোগ <input type="checkbox"/> থাইরয়েড-অর সমস্যা <input type="checkbox"/> যক্ষমা (TB) <input type="checkbox"/> অন্যান্য |
| 2.11 Has your child ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 2.11 আফনার বাইচ্চার কুনুসমে অপারেশন / অস্ত্রোপচার অইছিল নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 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 যুদ্ধ, সংঘাত বা অত্যাচারঅর লাগি আফনার বাইচ্চার কুনু শারীরিক ক্ষতি অইছে নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 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 আফনার বাইচ্চার কুনু মানসিক সমইস্যা আছে নি? অটা অইত ফারে পারে যুদ্ধ, সংঘাত, অত্যাচার থাকি বা দেশ থাকি জুর খরি ফালানিত বাইধ্য অইনার খারণে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 2.14 আফনার বাইচ্চার কুনু শারীরিক প্রতিবন্ধীত্ব বা চলাফেরাত সমইস্যা আছে নি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 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 আফনার বাইচ্চার ইন্দ্রিয়জনিত কুনু সমইস্যা আছে নি? প্রযোজ্য সবতার মাঝে টিক চিহ্ন দেইন <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> অন্ধত্ব <input type="checkbox"/> দৃষ্টিশক্তি আংশিকভাব-অ নষ্ট অওয়া <input type="checkbox"/> সম্পূর্ণভাবে বধির অওয়া <input type="checkbox"/> শ্রবণশক্তি আংশিকভাবে নষ্ট অওয়া <input type="checkbox"/> গন্ধ এবং/অথবা স্বাদ-অ সমইস্যা |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 আফমে কিতা মনো কররা নি যে আফনার বাইচার হিকার সমইস্যা বা আচরণগত সমইস্যা আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</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 আফনার বাইচার বৃদ্ধির লাগি আফনার কুনু উদ্বেগ আছে নি, যেলা তারার ওজন/উচ্চতা?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> |
| <p>2.18 Babies only: Is you 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 শুধুমাত্র বাইচাইনতর লাগি: আফনার বাইচা কি খাইবার সমে কুনু সমইস্যা করে নি, যেলা বমি করা, খাবার ফেলাইয়া দেয়া, দুধ খাওয়াত অনীহা?</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</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 আফনার বাইচার পরিবার-অর কুনু সদইস্যা (বাবা, মা, সহোদর ভাই বইন বা দাদা-দাদী) নিচ-অর কুনু সমস্যাত ভুগছইন নি?</p> <p><input type="checkbox"/> হাঁপানি <input type="checkbox"/> ক্যান্সার <input type="checkbox"/> বিষণ্ণতা/মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অসুস্থতা <input type="checkbox"/> ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> হার্ট অ্যাটাক <input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস বি <input type="checkbox"/> উচ্চ রক্তচাপ <input type="checkbox"/> এইচআইভি <input type="checkbox"/> শিক্ষণ-অর সমস্যা <input type="checkbox"/> স্ট্রোক <input type="checkbox"/> যক্ষমা (TB) <input type="checkbox"/> অন্যান্য</p> |
| <p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> | <p>2.20 আফনার বাইচা কি ব্যবস্থাপত্র মতে কুনু ঔষধপত্র খাইরা নি?</p> |

- 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 |
|------|------|
| | |

- না
 হ্যাঁ –অনুগ্রহ করিয়া আফনার বাইচ্চার ব্যবস্থাপত্র-অর ঔষধপত্র ও ডোজ নিচ-অর বাক্স-অত লেখইন

সাক্ষাত-অর সময় অনুগ্রহ করিয়া আফনার বাইচ্চার কুণু ব্যবস্থাপত্র বা ঔষধপত্র লগে লইয়া আইবা

| নাম | ডোজ |
|-----|-----|
| | |

- 2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?
 No
 Yes

- 2.21 বাদ-অর কয়েক সপ্তাত অউ ঔষধপত্র-অর কোনোটা শেষ অই গেলে কুণু সমইস্যা অইব নি?
 না
 হ্যাঁ

- 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?
 No
 Yes –please list medicines and doses in the box below

Please bring any medicines to your child's appointment

- 2.22 আফনার বাইচ্চা কিতা অলাখান কুণু ঔষধ খাইরা নি যেতা স্বাইস্থ্য বিশেষজ্ঞ সুপারিশ করছইন না, যেলা, কুণু ফার্মেসি/দোকান/ইন্টারনেট থাকি কিনছইন বা বিদেশ থাকি সরবরাহ খরা অইছে?
 না
 হ্যাঁ –অনুগ্রহ করিয়া ঔষধপত্র ও ডোজ নিচ-অর বাক্স-অ লেখইন

| <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="151 197 564 235">Name</th> <th data-bbox="564 197 778 235">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="151 235 564 638"></td> <td data-bbox="564 235 778 638"></td> </tr> </tbody> </table> | Name | Dose | | | <p data-bbox="922 197 1497 324">সাক্ষাত-অর সময় অনুগ্রহ করিয়া আফনার বাইচার কুনু ঔষধপত্র লগে লইয়া আইন</p> <table border="1" data-bbox="826 414 1455 936"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 414 1241 459">নাম</th> <th data-bbox="1241 414 1455 459">ডোজ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 459 1241 936"></td> <td data-bbox="1241 459 1455 936"></td> </tr> </tbody> </table> | নাম | ডোজ | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--|--|
| Name | Dose | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| নাম | ডোজ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| <p data-bbox="151 1019 746 1093">2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p data-bbox="247 1093 343 1164"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes </p> | <p data-bbox="826 1019 1372 1108">2.23 কুনু ঔষধ-অ আফনার বাইচার অ্যালার্জি আছে নি?</p> <p data-bbox="922 1108 1013 1198"> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ </p> | | | | | | | | |
| <p data-bbox="151 1243 746 1355">2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p data-bbox="247 1355 343 1429"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes </p> | <p data-bbox="826 1243 1455 1377">2.24 অইন্য কুনু কিচ্ছুত আফনার বাইচার অ্যালার্জি আছে নি? (যেলা, খাবার, পোকামাকড়-অর হুল, রাবার-অর গ্লাভস)?</p> <p data-bbox="922 1377 1013 1467"> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ </p> | | | | | | | | |
| <p data-bbox="151 1545 670 1601">Section three: Vaccinations</p> | <p data-bbox="826 1545 1332 1601">অনুচ্ছেদ তিন: টিকা গ্রহণ</p> | | | | | | | | |
| <p data-bbox="151 1691 746 1803">3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?</p> <p data-bbox="151 1803 746 1915">If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</p> <p data-bbox="247 1915 454 2018"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know </p> | <p data-bbox="826 1691 1455 1870">3.1 আফনার বাইচা যে দেশ-অ জন্মাইছিল অউ দেশ-অ তারার বয়সীরার লাগি যেসব টিকা দেয়া অয় তার সবতা কিতা আফনার বাইচা নিছে নি?</p> <p data-bbox="826 1870 1364 1960">যদি টিকা গ্রহণ-অর কোনো রেকর্ড আফনার কাছ-অ থাকিয়া থাকে তে</p> | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>সাক্ষাত-অর সময় অনুগ্রহ করিয়া অটা লগে লইয়া আইবা।</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> আমি জানরাম না</p> |
| <p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p> | <p>3.2 আফনার বাইচচার যক্ষ্মার (TB) টিকা দেয়া আইছিল?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> আমি জানরাম না</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><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p> | <p>3.3 আফনার বাইচচা কি কোভিড-19-এর টিকা দেয়া আইছিল?</p> <p><input type="checkbox"/> না</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ডোজ</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ডোজ</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ডোজ</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ডোজ-অরর বেশি</p> <p><input type="checkbox"/> আমি জানরাম না</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>আফনার বাইচচার স্বাইস্থ্য লইয়া অউ ফর্ম-অ আফনি শেয়ার করতে স্বচ্ছন্দ বোধ করইন না এবং আফনে কুনু ডাক্তার-অর লগে আলোচনা করতে চাইরা অলাখান কুনু বিষয় যদি থাকিয়া থাকে, তে আফনার GP-রে কল করইন এবং একট্রা অ্যাপয়েন্টমেন্ট বুক করি লাইন।</p> |