

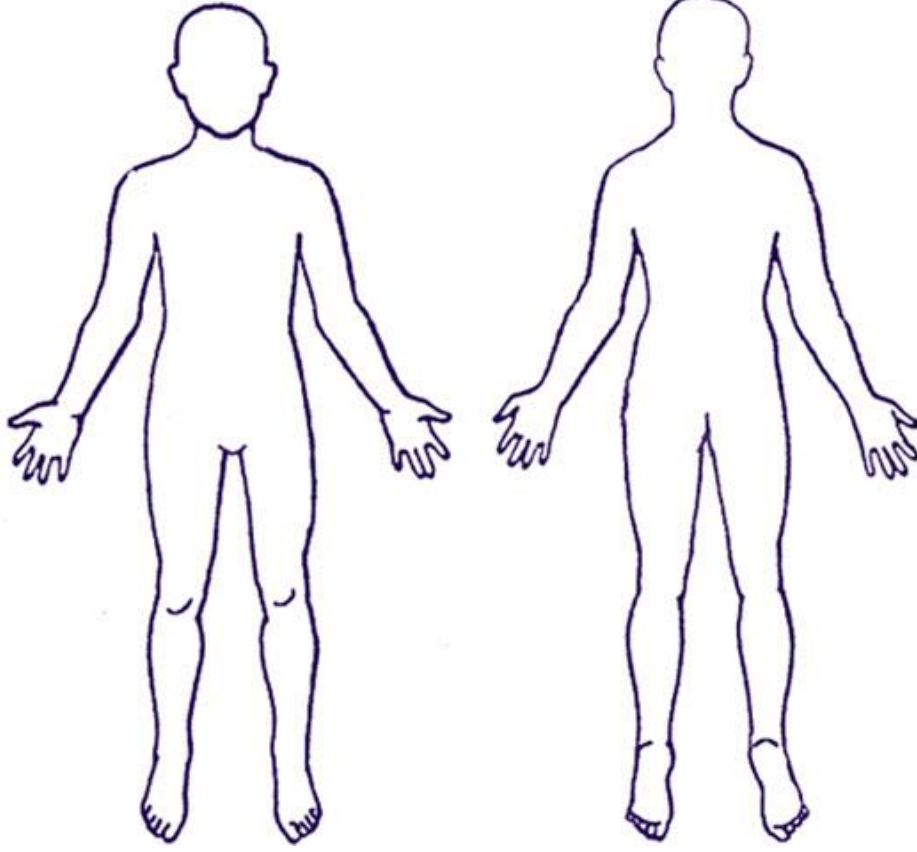
English	Tamil
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>புதிதாக இங்கிலாந்தில் குடிபெயர்ந்தவர்களுக்கான புதிய நோயாளி கேள்வித்தொகுப்பு</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p>This questionnaire is to collect information about 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.</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>ஒரு GP (பொது மருத்துவர்) உடன் பதிவு செய்ய அனைவருக்கும் உரிமை உண்டு. GP உடன் பதிவு செய்வதற்கு முகவரிச் சான்று, குடியுரிமை நிலை, ID அல்லது NHS எண் எதுவும் தேவையில்லை.</p> <p>தேசிய சுகாதார சேவையின் ரகசியத்தன்மை மற்றும் தகவல் பரிமாறும் கொள்கைகளுக்கு இணங்க, உங்களுக்கு என்ன வகையான ஆதரவு, சிகிச்சை மற்றும் நிபுணத்துவ சேவைகள் தேவை என்பதை உங்கள் GP அலுவலகத்தில் உள்ள சுகாதார வல்லுநர்கள் புரிந்துகொள்வதற்கான தகவல்களை இந்தக் கேள்வித்தொகுப்பு சேகரிக்கின்றது.</p> <p>கீழ்க்கண்டவை ஏற்படும் நிலையைத் தவிர உங்களுக்கு நேரடி பராமரிப்பை வழங்குவதற்கு அல்லாது வேறு எந்தக் காரணத்திற்கும் நீங்கள் வழங்கும் தகவலை உங்கள் GP வெளியே விடமாட்டார்: நீங்கள் ஒப்புதல் அளித்திருந்தால் (உதாரணமாக மருத்துவ ஆய்விற்கு ஆதரவளிக்க); அல்லது சட்டப்படி தேவைப்பட்டால் (உதாரணமாக பிறருக்குத் தீங்கு ஏற்படுவதைத் தவிர்க்க); அல்லது பொதுமக்கள் நலனை மீறும் காரணம் இருந்தால் (உதாரணமாக நீங்கள் பரவக்கூடிய நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால்). உங்கள் தகவலை உங்கள் GP எவ்வாறு பயன்படுத்துவார் என்பது பற்றிய மேலும் தகவல்கள் உங்கள் GP அலுவலகத்தில் கிடைக்கும்.</p> <p>உங்கள் பதில்களை உங்கள் GP அலுவலகத்தில் திருப்பித்தரவும்.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>பிரிவு ஒன்று: தனிப்பட்ட தகவல்கள்</p>
<p>Full name:</p>	<p>முழுப்பெயர்:</p>
<p>Address:</p>	<p>முகவரி:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>தொலைபேசி எண்:</p>

Email address:	மின்னஞ்சல் முகவரி:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	உங்களுக்குப் பொருந்தும் அனைத்து கேள்விகளுக்கும் பதிலளிக்கவும் மற்றும் டிக் செய்யவும்.
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 கேள்வித்தொகுப்பு நிறைவுசெய்யப்பட்ட தேதி:
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 கீழ்க்கண்டவற்றில் எது உங்களை சிறப்பாக விவரிக்கிறது? <input type="checkbox"/> ஆண் <input type="checkbox"/> பெண் <input type="checkbox"/> பிற <input type="checkbox"/> வெளியிட விருப்பமில்லை
1.3 Is this the same gender you were given at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.3 நீங்கள் பிறந்தபொழுது உங்களுக்கு வழங்கப்பட்ட பாலினம் இது தானா? <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> வெளியிட விருப்பமில்லை
Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 பிறந்த தேதி: தேதி _____ மாதம் _____ வருடம் _____
1.5 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion	1.5 மதம்: <input type="checkbox"/> பௌத்தம் <input type="checkbox"/> கிறிஸ்துவம் <input type="checkbox"/> இந்து <input type="checkbox"/> யூதம் <input type="checkbox"/> முஸ்லிம் <input type="checkbox"/> சீக்கியம் <input type="checkbox"/> பிற மதம் <input type="checkbox"/> மதம் இல்லை
1.6 Marital status: <input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above	1.6 திருமண நிலை: <input type="checkbox"/> திருமணமானவர்/சிவில் துணைவர் <input type="checkbox"/> விவாகரத்தானவர் <input type="checkbox"/> விதவை <input type="checkbox"/> மேலே உள்ள எதுவும் இல்லை
1.7 Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex) <input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex)	1.7 பாலியல் ஈடுபாடு <input type="checkbox"/> ஈரினச் சேர்க்கையாளர் (எதிர்பாலினத்தவர் மீது ஈடுபாடு) <input type="checkbox"/> ஒரினச் சேர்க்கையாளர் (தன்பாலினத்தவர் மீது ஈடுபாடு)

<input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females) <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> இருபாலினத்தவர் (ஆண்கள் மற்றும் பெண்கள் இருவர் மீதும் ஈடுபாடு) <input type="checkbox"/> வெளியிட விருப்பமில்லை <input type="checkbox"/> பிற
<p>1.8 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other	<p>1.8 பிரதான பேச்சு மொழி:</p> <input type="checkbox"/> அல்பேனியன் <input type="checkbox"/> ரஷ்ய மொழி <input type="checkbox"/> அரபிக் <input type="checkbox"/> திக்ரின்யா <input type="checkbox"/> தாரி <input type="checkbox"/> உக்ரேனியன் <input type="checkbox"/> தமிழ் <input type="checkbox"/> உருது <input type="checkbox"/> பெர்சியன் <input type="checkbox"/> வியட்நாமீஸ் <input type="checkbox"/> பிற
<p>1.9 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	<p>1.9 இரண்டாம் நிலை பேச்சு மொழி:</p> <input type="checkbox"/> அல்பேனியன் <input type="checkbox"/> ரஷ்ய மொழி <input type="checkbox"/> அரபிக் <input type="checkbox"/> திக்ரின்யா <input type="checkbox"/> தாரி <input type="checkbox"/> உக்ரேனியன் <input type="checkbox"/> தமிழ் <input type="checkbox"/> உருது <input type="checkbox"/> பெர்சியன் <input type="checkbox"/> வியட்நாமீஸ் <input type="checkbox"/> பிற <input type="checkbox"/> எதுவுமில்லை
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.10 உங்களுக்கு மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் தேவையா?</p> <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
<p>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.</p> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	<p>1.11 நீங்கள் ஆண் அல்லது பெண் மொழிபெயர்த்துரைப்பாளருக்கு விருப்பம் தெரிவிக்கிறீர்களா? மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் கிடைக்கும் தன்மையைப் பொறுத்து உங்கள் விருப்பத்தை எப்பொழுதும் பூர்த்தி செய்ய இயலாது என்பதை நினைவில் கொள்ளுங்கள்.</p> <input type="checkbox"/> ஆண் <input type="checkbox"/> பெண் <input type="checkbox"/> விருப்பம் ஏதும் இல்லை
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading	<p>1.12 உங்கள் சொந்த மொழியில் உங்களால் படிக்க இயலுமா?</p> <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> எனக்குப் படிப்பதில் சிக்கல் உண்டு
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	<p>1.13 உங்கள் சொந்த மொழியில் உங்களால் எழுத இயலுமா?</p> <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> எனக்கு எழுதுவதில் சிக்கல் உண்டு

<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.14 உங்களுக்கு சைகை மொழி ஆதரவு வேண்டுமா?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> ஆம்</p>								
<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p> <table border="1" data-bbox="151 504 805 1668"> <tr> <td data-bbox="151 504 438 1086"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="438 504 805 1086"> <p><u>Next of kin</u></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="151 1086 438 1668"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="438 1086 805 1668"> <p>Emergency contact (if different)</p> </td> </tr> </table>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<p>1.15 அவசரநிலையில் தொடர்பு கொள்வதற்கு உங்கள் உறவினர் மற்றும்/அல்லது வேறு யாராவது தகவல்களைத் தாருங்கள்:</p> <table border="1" data-bbox="821 481 1484 1355"> <tr> <td data-bbox="821 481 1109 907"> <p>பெயர்:</p> <p>தொடர்பு தொலைபேசி எண்:</p> <p>முகவரி:</p> </td> <td data-bbox="1109 481 1484 907"> <p><u>உறவினர்</u></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 907 1109 1355"> <p>பெயர்:</p> <p>தொடர்பு தொலைபேசி எண்:</p> <p>முகவரி:</p> </td> <td data-bbox="1109 907 1484 1355"> <p>அவசரகால தொடர்பு (வேறாக இருந்தால்)</p> </td> </tr> </table>	<p>பெயர்:</p> <p>தொடர்பு தொலைபேசி எண்:</p> <p>முகவரி:</p>	<p><u>உறவினர்</u></p>	<p>பெயர்:</p> <p>தொடர்பு தொலைபேசி எண்:</p> <p>முகவரி:</p>	<p>அவசரகால தொடர்பு (வேறாக இருந்தால்)</p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>								
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>								
<p>பெயர்:</p> <p>தொடர்பு தொலைபேசி எண்:</p> <p>முகவரி:</p>	<p><u>உறவினர்</u></p>								
<p>பெயர்:</p> <p>தொடர்பு தொலைபேசி எண்:</p> <p>முகவரி:</p>	<p>அவசரகால தொடர்பு (வேறாக இருந்தால்)</p>								
<p>Section two: Health questions</p>	<p>பிரிவு இரண்டு: ஆரோக்கியம் சார்ந்த கேள்விகள்</p>								
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 தற்போது நீங்கள் உடல்நலமில்லாமல் அல்லது நோய்வாய்ப்பட்டு இருக்கிறீர்களா?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> ஆம்</p>								
<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem?</p>	<p>2.2 உங்கள் ஆரோக்கியக் கோளாறுக்கு உடனடி உதவி தேவையா?</p>								

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></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"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in your urine <input type="checkbox"/> Blood in your 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 like you can't control your thoughts or actions <input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<p>2.3 உங்களுக்கு தற்போது கீழ்க்கண்ட அறிகுறிகளில் ஏதேனும் இருக்கின்றனவா? பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள்</p> <input type="checkbox"/> எடை குறைதல் <input type="checkbox"/> இருமல் <input type="checkbox"/> இருமலில் ரத்தம் வருதல் <input type="checkbox"/> இரவில் வியர்த்தல் <input type="checkbox"/> அதீத சோர்வு <input type="checkbox"/> மூச்சு விடுதலில் சிக்கல்கள் <input type="checkbox"/> காய்ச்சல் <input type="checkbox"/> வயிற்றுப்போக்கு <input type="checkbox"/> தோல் பிரச்சனைகள் அல்லது தடிப்புகள் <input type="checkbox"/> சிறுநீரில் ரத்தம் <input type="checkbox"/> மலத்தில் ரத்தம் <input type="checkbox"/> தலைவலி <input type="checkbox"/> வலி <input type="checkbox"/> விருப்பமின்மை <input type="checkbox"/> படபடப்பு <input type="checkbox"/> வேதனை தரும் பழைய நினைவுகள் அல்லது கொடுங்கனவுகள் <input type="checkbox"/> தூக்கமின்மை <input type="checkbox"/> உங்கள் எண்ணங்கள் அல்லது செயல்களைக் கட்டுப்படுத்த முடியவில்லை என்ற உணர்வு <input type="checkbox"/> உங்களைத் துன்புறுத்த வேண்டும் அல்லது உயிரை விட வேண்டும் என்ற உணர்வு <input type="checkbox"/> பிற
<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>	<p>2.4 உங்களுடைய தற்போதைய ஆரோக்கியம் சார்ந்த பிரச்சனை(கள்) உடலில் எந்தப் பகுதியில்(களில்) உள்ளது என்பதை உடல் படத்தில் குறியுங்கள்</p>









<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.5 தொடர்ந்து இருக்கும் ஆரோக்கியம் சார்ந்த பிரச்சனைகள் ஏதாவது உங்களுக்கு உள்ளதா?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> ஆம்</p>
<p>2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Blood disorder</p> <p><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Dental problems</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Eye problems</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV or AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p>	<p>2.6 கீழே உள்ளவை உங்களுக்கு உள்ளதா அல்லது இவை பற்றி கேள்விப்பட்டு இருக்கிறீர்களா? பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள்</p> <p><input type="checkbox"/> முடக்குவாதம்</p> <p><input type="checkbox"/> ஆஸ்துமா</p> <p><input type="checkbox"/> ரத்த சீர்குலைவு</p> <p><input type="checkbox"/> அறிவாளனு ரத்த சோகை</p> <p><input type="checkbox"/> குருதியழிவு சோகை</p> <p><input type="checkbox"/> புற்றுநோய்</p> <p><input type="checkbox"/> பல் பிரச்சனைகள்</p> <p><input type="checkbox"/> நீரிழிவு நோய்</p> <p><input type="checkbox"/> வலிப்பு நோய்</p> <p><input type="checkbox"/> கண் பிரச்சனைகள்</p> <p><input type="checkbox"/> இதயப் பிரச்சனைகள்</p> <p><input type="checkbox"/> ஹெபடைடிஸ் B</p> <p><input type="checkbox"/> ஹெபடைடிஸ் C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV அல்லது எய்ட்ஸ் (AIDS)</p> <p><input type="checkbox"/> உயர் ரத்த அழுத்தம்</p>

<input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <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"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> சிறுநீரகப் பிரச்சனைகள் <input type="checkbox"/> கல்லீரல் பிரச்சனைகள் <input type="checkbox"/> நீண்ட கால நுரையீரல் பிரச்சனை/மூச்சுவிடுதலில் சிரமம் <input type="checkbox"/> மன நலப் பிரச்சனைகள் <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> விருப்பமின்மை/மன அழுத்தம் <input type="checkbox"/> படபடப்பு <input type="checkbox"/> அதிர்ச்சிகரமான சம்பவத்திற்குப் பிறகான மனஅழுத்த நோய் (PTSD) <input type="checkbox"/> இதற்கு முன்பு சுய-தீங்கு செய்திருத்தல் <input type="checkbox"/> தற்கொலை முயற்சி <input type="checkbox"/> பிற <input type="checkbox"/> எலும்புத்துளை நோய் <input type="checkbox"/> தோல் நோய் <input type="checkbox"/> பக்கவாதம் <input type="checkbox"/> தைராய்டு நோய் <input type="checkbox"/> காசநோய் (TB) <input type="checkbox"/> பிற
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 உங்களுக்கு ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சைகள் நடந்திருக்கிறதா?</p> <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
<p>2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this?</p> <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago <input type="checkbox"/> Over 3 years ago	<p>2.8 உங்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை நடந்திருந்தால், அது எவ்வளவு காலம் முன்பு நடந்தது?</p> <input type="checkbox"/> கடந்த 12 மாதங்களில் <input type="checkbox"/> 1 - 3 ஆண்டுகளுக்கு முன்பு <input type="checkbox"/> 3 ஆண்டுகளுக்கு முன்பு
<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.9 போர், போராட்டம் அல்லது சித்தரவதை காரணமாக உங்களுக்கு ஏதேனும் உடல் காயங்கள் இருக்கின்றனவா?</p> <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
<p>2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.10 உங்களுக்கு மன நலப் பிரச்சனைகள் இருக்கின்றனவா? போர், போராட்டம், சித்தரவதை அல்லது உங்கள் நாட்டை விட்டு வெளியேறச் செய்தது போன்றவற்றினால் இவை இருக்கலாமா?</p> <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
<p>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</p>	<p>2.11 சில மருத்துவப் பிரச்சனைகள் குடும்பத்தில் இருக்கக்கூடும். உங்கள் நெருங்கிய சொந்தத்தில் (அப்பா, அம்மா, சகோதரர், சகோதரி மற்றும் தாத்தா பாட்டி) யாரேனும் கீழ்க்கண்டவற்றால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறார்களா? பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள்</p>

<input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> புற்றுநோய் <input type="checkbox"/> நீரிழிவு நோய் <input type="checkbox"/> மன அழுத்தம்/மனநல நோய் <input type="checkbox"/> மாரடைப்பு <input type="checkbox"/> உயர் ரத்த அழுத்தம் <input type="checkbox"/> பக்கவாதம் <input type="checkbox"/> பிற								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i> Please bring any prescriptions or medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="151 739 774 1108"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 உங்களுக்கு ஏதாவது மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப்பட்டிருக்கிறதா? <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம் - கீழே உள்ள பெட்டியில் உங்களுக்குப் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்துகள் மற்றும் அதன் அளவுகளைப் பட்டியலிடவும் உங்கள் நேர நியமனத்திற்கு மருந்துப் பரிந்துரைகள் அல்லது மருந்துகளைக் கொண்டு வரவும்</p> <table border="1" data-bbox="829 840 1452 1176"> <thead> <tr> <th>பெயர்</th> <th>மருந்தின் அளவு</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	பெயர்	மருந்தின் அளவு		
Name	Dose								
பெயர்	மருந்தின் அளவு								
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 அடுத்த சில வாரங்களில் இந்த மருந்துகள் எவையேனும் தீர்ந்து விடும் என்று கவலைப்படுகிறீர்களா? <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்</p>								
<p>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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i> Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="151 1803 774 1870"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 ஒரு சுகாதார நிபுணர் பரிந்துரைக்காத மருந்துகள் எவையேனும் நீங்கள் எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா, உதாரணமாக மருந்துக்கடை/கடை/இணையத்தில் நீங்கள் வாங்கிய மருந்துகள் அல்லது வெளிநாட்டில் இருந்து தருவிக்கப்பட்டவை? <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம் - கீழே உள்ள பெட்டியில் மருந்துகள் மற்றும் அளவுகளைப் பட்டியலிடவும் உங்கள் நேர நியமனத்திற்கு மருந்துகளைக் கொண்டு வரவும்</p> <table border="1" data-bbox="829 1814 1452 1881"> <thead> <tr> <th>பெயர்</th> <th>மருந்தின் அளவு</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	பெயர்	மருந்தின் அளவு		
Name	Dose								
பெயர்	மருந்தின் அளவு								

2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15 உங்களுக்கு எந்த மருந்தேனும் ஒவ்வாமை ஏற்படுத்துமா? <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்		
2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16 உங்களுக்கு வேறு ஏதேனும் ஒவ்வாமை ஏற்படுத்துமா? (உதாரணமாக உணவு, பூச்சிக்கடி, லேடக்ஸ் கையுறைகள்)? <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்		
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 உங்களுக்கு உடல் குறைபாடு அல்லது நகர்தலில் சிக்கல்கள் ஏதேனும் உள்ளதா? <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்		
2.18 Do you 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	2.18 உங்களுக்கு உணர்வுத்திறன் குறைபாடுகள் உள்ளனவா? பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> பார்வையற்ற நிலை <input type="checkbox"/> பகுதி பார்வையிழப்பு <input type="checkbox"/> முழு செவித்திறன் இழப்பு <input type="checkbox"/> பகுதி செய்வித்திறன் இழப்பு <input type="checkbox"/> நுகர்தல் மற்றும்/அல்லது சுவை சிக்கல்கள்		
2.19 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19 உங்களுக்கு கற்றல் குறைபாடுகள் ஏதேனும் உள்ளனவா? <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்		
2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.20 ஒரு சுகாதார நிபுணருடன் உங்களது அடுத்த நேர நியமனத்தின் போது நீங்கள் கலந்தாலோசிக்க வேண்டிய ஏதேனும் தனிப்பட்ட விஷயம் இருக்கின்றதா? <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்		

Section three: Lifestyle questions	பிரிவு மூன்று: வாழ்க்கைமுறை சார்ந்த கேள்விகள்
<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly or less</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 times per month</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 times per week</p> <p><input type="checkbox"/> 4 or more times per week</p> <p>There is 1 unit of alcohol in:</p> <div style="text-align: center;">  <p>½ pint glass of beer</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>1 small glass of wine</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>1 single measure of spirits</p> </div>	<p>3.1 நீங்கள் எத்தனை முறை மது அருந்துவீர்கள்?</p> <p><input type="checkbox"/> எப்பொழுதும் இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> மாதமொரு முறை அல்லது குறைவாக</p> <p><input type="checkbox"/> மாதத்திற்கு 2-4 முறை</p> <p><input type="checkbox"/> வாரத்திற்கு 2-3 முறை</p> <p><input type="checkbox"/> வாரத்திற்கு 4 அல்லது அதிக முறை</p> <p>இவற்றில் 1 யூனிட் ஆல்கஹால் இருக்கிறது:</p> <div style="text-align: center;">  <p>½ பைண்ட் கிளாஸ் பீர்</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>1 சிறிய கிளாஸ் வைன்</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>1 சிறிய அளவு எரிசாராயம்</p> </div>
<p>3.2 How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 or more</p>	<p>3.2 நீங்கள் மது அருந்தும் பொழுது ஒரு நாளிற்கு எத்தனை யூனிட் ஆல்கஹால் அருந்துகிறீர்கள்?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 அல்லது அதிகம்</p>
<p>3.3 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?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Less than monthly</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly</p> <p><input type="checkbox"/> Weekly</p> <p><input type="checkbox"/> Daily or almost daily</p>	<p>3.3 கடந்த வருடத்தில், ஒரே முறையில், பெண்ணாக இருந்தால் 6 அல்லது அதற்கும் அதிகமான யூனிட்கள், அல்லது ஆணாக இருந்தால் 8 அல்லது அதற்கும் அதிகமான யூனிட்கள் எத்தனை முறை எடுத்திருப்பீர்கள்?</p> <p><input type="checkbox"/> எப்பொழுதும் இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> மாதத்திற்கு ஒரு முறைக்கு குறைவாக</p> <p><input type="checkbox"/> மாதாமாதம்</p>

	<input type="checkbox"/> வாராவாரம் <input type="checkbox"/> தினமும் அல்லது பெரும்பாலும் தினமும்
3.4 Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	3.4 உங்கள் ஆரோக்கியத்திற்கு தீங்கு விளைவிக்கும் ஏதேனும் போதை மருந்துகளை எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா, உதாரணமாக கஞ்சா, கோக், ஹெராயின்? <input type="checkbox"/> எப்பொழுதும் இல்லை <input type="checkbox"/> தீங்கு விளைவிக்கும் போதைமருந்துகளை எடுத்துக்கொள்வதை நிறுத்திவிட்டேன் <input type="checkbox"/> ஆம்
3.5 Do you smoke? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____ How many years have you smoked for? _____ <input type="checkbox"/> Tobacco Would you like help to stop smoking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	3.5 நீங்கள் புகைபிடிப்பீர்களா? <input type="checkbox"/> எப்பொழுதும் இல்லை <input type="checkbox"/> புகை பிடிப்பதை விட்டுவிட்டேன் <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> சிகரெட்டுகள் ஒரு நாளிற்கு எத்தனை? _____ எத்தனை ஆண்டுகளாக நீங்கள் புகைபிடிக்கிறீர்கள்? _____ <input type="checkbox"/> புகையிலை உங்களுக்குப் புகைபிடிப்பதை நிறுத்த உதவி வேண்டுமா? <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
3.6 Do you chew tobacco? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	3.6 நீங்கள் புகையிலை போடுவீர்களா? <input type="checkbox"/> எப்பொழுதும் இல்லை <input type="checkbox"/> புகையிலை போடுவதை நிறுத்திவிட்டேன் <input type="checkbox"/> ஆம்
Section four: Vaccinations	பிரிவு நான்கு: தடுப்பூசிகள்
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. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	4.1 நீங்கள் பிறந்த நாட்டில் வழங்கிய அனைத்து குழந்தைப்பருவ தடுப்பூசிகளையும் நீங்கள் பெற்றுள்ளீர்களா? தடுப்பூசி வரலாறு குறித்த மருத்துவப்பதிவு இருந்தால் அதை உங்கள் நேர நியமனத்திற்குக் கொண்டு வாருங்கள். <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> எனக்குத் தெரியவில்லை

<p>4.2 Have you 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>4.2 காசநோயிற்கு எதிராகத் தடுப்பூசி பெற்றுக்கொண்டீர்களா (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> ஆம்</p> <p><input type="checkbox"/> எனக்குத் தெரியவில்லை</p>
<p>4.3 Have you 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>4.3 கோவிடுக்கு (COVID-19) எதிராகத் தடுப்பூசி பெற்றுக்கொண்டீர்களா?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> ஆம்</p> <p><input type="checkbox"/> 1 டோஸ்</p> <p><input type="checkbox"/> 2 டோஸ்கள்</p> <p><input type="checkbox"/> 3 டோஸ்கள்</p> <p><input type="checkbox"/> 3 டோஸ்களுக்கும் அதிகம்</p> <p><input type="checkbox"/> எனக்குத் தெரியவில்லை</p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>பிரிவு ஐந்து: பெண் நோயாளிகளுக்கு மட்டுமான கேள்விகள்</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> I might be pregnant</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 நீங்கள் கர்ப்பமாக உள்ளீர்களா?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> நான் கர்ப்பமாக இருக்கலாம்</p> <p><input type="checkbox"/> ஆம்</p> <p>எத்தனை வாரம் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்கள்? _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>What method do you use?</p> <p><input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel</p> <p><input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p> <p><input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2 நீங்கள் கருத்தடை முறை பயன்படுத்துகிறீர்களா?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> ஆம்</p> <p>என்ன முறையைப் பயன்படுத்துகிறீர்கள்?</p> <p><input type="checkbox"/> தடுப்பு கருத்தடை முறை உதாரணமாக ஆணுறை, ஜெல்</p> <p><input type="checkbox"/> வாய்வழி கருத்தடை மாத்திரை</p> <p><input type="checkbox"/> செம்புக் கம்பி/கருப்பைக்குள் செலுத்தும் சாதனங்கள் (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> ஹோர்மோன் சார்ந்த கம்பி/கருப்பைக்குள் வைக்கும் அமைப்பு (IUS) உதாரணமாக மிரேனா</p> <p><input type="checkbox"/> கருத்தடை ஊசி</p> <p><input type="checkbox"/> கருத்தடை உட்பொதிவு</p> <p><input type="checkbox"/> பிற</p>
<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.3 உங்களுக்கு அவசரமாக கருத்தடை ஏதேனும் தேவையா?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை</p> <p><input type="checkbox"/> ஆம்</p>

<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information</p>	<p>5.4 நீங்கள் எப்பொழுதாவது கருப்பை வாய் பரிசோதனை அல்லது ஸ்மியர் சோதனை பெற்றுள்ளீர்களா? இது உங்கள் கருப்பை வாயின் ஆரோக்கியத்தைப் பரிசோதிப்பதற்கும் கருப்பை வாய் புற்றுநோயைத் தடுப்பதற்கும் ஆகும்.</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> எனக்கும் மேலும் தகவல்கள் தேவைப்படுகின்றன</p>
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.5 உங்களுக்கு கருப்பை அகற்றுதல் நடந்துள்ளதா (உங்கள் கருப்பை மற்றும் கருப்பை வாயை நீக்கும் அறுவை சிகிச்சை)?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்</p>
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.6 ஒரு பெண் நோயாளியாக, ஒரு சுகாதார நிபுணருடன் உங்களது அடுத்த நேர நியமனத்தின் போது நீங்கள் கலந்தாலோசிக்க வேண்டிய ஏதேனும் தனிப்பட்ட விஷயம் இருக்கின்றதா?</p> <p><input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்</p>
<p>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.</p>	<p>இந்தப் படிவத்தில் பகிருவதற்கு நீங்கள் சௌகரியப்படாத விஷயம் ஏதேனும் இருந்து அதை உங்கள் மருத்துவரிடம் கலந்தாலோசிக்க விரும்பினால், உங்கள் GP ஐ அழைத்து நேர நியமனம் ஒன்றைப் பதிவு செய்யவும்.</p>