

New Patient Form	فرم مریض تازه
Please complete this form. This allows us to know some details about your medical history.	لطفا این فرم را خانه پوری کنید. این به ما کمک میکند تا در باره سابقه صحی تان بعضی معلومات داشته باشیم
Personal Details	معلومات شخصی
Surname	نام خانوادگی
Forenames	نام اول
Date of birth	تاریخ تولد
Address	آدرس
Postcode	کد پستی
Email	ایمیل
Mobile	مبایل
Home Tel Number	شماره تلفون خانه
Next of Kin	نام اقارب نزدیک
Contact details of next of kin	معلومات تماس اقارب نزدیک
Mobile No	شماره مبایل
Height	قد
Weight	وز
Please tick here if you wish to participate in data sharing for emergency care. <input type="checkbox"/>	اگر میخواهید در شریک سازی معلومات برای مراقبت عاجل اشتراک نمایید، لطفا اینجا را تیک مارک نمایید. <input type="checkbox"/>
Your information will not be passed to any third party sector.	معلومات شما با طرف سوم شریک نخواهد شد
Please tick here if you wish to receive emails and text messages regarding appointments <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Text	اگر میخواهید در مورد ملاقات ایمیل و پیام دریافت نمایید، اینجا را تک مارک نمایید <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> پیام کتبی

Medical History – please tick if you have any of the following	سابقه طبی – اگر یک از زیر را داشته باشید، تک مارک نمایید
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> تنگی نفس
<input type="checkbox"/> Heart Failure	<input type="checkbox"/> نارسایی قلبی
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> شکر
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> فشار بلند خون
<input type="checkbox"/> Kidney Disease	<input type="checkbox"/> مریضی گرده
<input type="checkbox"/> Schizophrenia	<input type="checkbox"/> ایسکوزوفرنیا
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Heart disease	<input type="checkbox"/> تکلیف قلبی
<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> مرگی
<input type="checkbox"/> Underactive Thyroid	<input type="checkbox"/> تایر اید غیر فعال
<input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation	<input type="checkbox"/> فایبریلاسیون دهلیزی
<input type="checkbox"/> Manic Depression	<input type="checkbox"/> افسردگی شدید
Other illness/condition	امراض/وضعیت دیگر

Have you ever had any of the following – please tick	آیا کدام وقتی یکی از اینها را داشته اید – لطفاً تک مارک نمایید
<input type="checkbox"/> Mini stroke	<input type="checkbox"/> سکته مغزی کوچک
<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> سکته مغزی
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> سرطان

Medication – please list below the names and doses of any medication you are taking at present		
دواها - لطفاً در زیر نام و دوز هر دوايي را که در حال حاضر مصرف می کنید ذکر کنید		
How often taken چند بار مصرف می کنید	Strength (Dosage) قوت (دوز)	Name نام

حساسیت/عدم تحمل به دواهای مانند پنیسیلین یا اسپیرین و غیره و جزئیات عکس العمل به آنها را بیان کنید	Allergies/intolerance to drugs such as penicillin or aspirin etc And give details of reaction to them
Details of reaction to the drug توضیحات عکس العمل به دوا	Drug name نام دوا

Family History Please give details of any serious illnesses such as heart disease, breast, ovarian or bowel cancer, any of your relatives have suffered from, especially your parents, brothers or sisters	سابقه خانوادگی لطفاً در مورد هرگونه مریضی جدی مانند مریضی های قلبی، سینه، تخمدان یا روده که هر یک از بستگان شما از آن رنج برده اند، به ویژه والدین، برادران یا خواهران توضیحات ارائه کنید
Mother	مادر
Father	پدر
Brothers	برادران
Sisters	خواهران

Personal Habits	عادات های شخصی
Do you smoke? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا سگرت میکشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Cigarette consumption daily (how many)	استفاده روزانه از سگرت (چند دانه)
Have you ever smoked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا گاهی سگرت کشیده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Date of stopping	تاریخ توقف
Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا از الکل استفاده می کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Units of alcohol consumed weekly	اندازه استفاده از الکل در هفته

Do you use/have you used drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا از مواد مخدر استفاده می کنید/یا استفاده کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Drugs used	مواد مخدر استفاده شده

For Female Patients only	فقط برای مریضان زن
Breast x-ray/mammogram <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date	ایکسری سینه/ماموگرام <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر تاریخ
Breast Check <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date	معاینه سینه <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر تاریخ
Any pregnancies? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date/s	گاهی حامله دار شده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر تاریخها
Cervical smear <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date	اسمیر دهانه رحم <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر تاریخ

Ethnic Group and Interpreter need	گروه قومی و نیاز به ترجمان
<input type="checkbox"/> What is your ethnicity?	<input type="checkbox"/> قومیت شما چیست؟
<input type="checkbox"/> Ethnic group not given – patient refused	<input type="checkbox"/> گروه قومی ذکر نشده است – مریض انکار کرده است
Do you consent to tell us your country of origin? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا موافقت دارید کشور اصلی خویش را به ما بگویید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Country of origin	کشور اصلی
Interpreter needs	نیاز به ترجمان
<input type="checkbox"/> What language(s)?	<input type="checkbox"/> کدام زبان (زبانها)؟
<input type="checkbox"/> Sign Language	<input type="checkbox"/> زبان اشاره
<input type="checkbox"/> Sign Language - Makaton	<input type="checkbox"/> زبان اشاره - Makaton
Translation needs (written information)	نیازهای ترجمه نوشتاری (معلومات نوشته شده)
I can read and write English <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	من میتوانم به انگلیسی بخوانم و بنویسم <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
I need written information translated in my language? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	من نیاز به معلومات ترجمه شده به زبان خودم دارم <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
I need additional support in written information (e.g. easy read, pictorial, audio etc) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	من ضروت بیشتر در بخش معلومات نوشتاری دارم (بطور مثال، خواندن آسان، تصویری، صوتی و غیره) <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Notes	یادداشت ها
Signature	امضا
Date	تاریخ