

New Patient Form	د نوي ناروغ فورمه
Please complete this form. This allows us to know some details about your medical history.	مهرباني وکړئ دا فورمه ډکه کړئ. دا موږ ته دا اجازه راکوي، ترڅو ستاسې د طبي شاليد په اړه ځينې معلومات وپېژنو
Personal Details	شخصي تفصيلات
Surname	تخلص
Forenames	مخکنې نومونه
Date of birth	د زېږېدو نېټه
Address	ادرس
Postcode	پوسټ کوډ
Email	برېښنالیک
Mobile	موبایل
Home Tel Number	د کور تېلفون شمېره
Next of Kin	نږدې خپلوان
Contact details of next of kin	د نږدې خپلوانو سره د اړیکې نیولو تفصیل
Mobile No	موبایل شمېره
Height	قد
Weight	وزن
Please tick here if you wish to participate in data sharing for emergency care. <input type="checkbox"/>	مهرباني وکړئ دا ځای په نښه کړئ که چیرې تاسې غواړئ د بېرنيو خدماتو لپاره د معلوماتو په شریکولو کې برخه واخلي. <input type="checkbox"/>
Your information will not be passed to any third party sector.	ستاسې معلومات به د دریمې ډلې سکتور ته ونه لیږدول شي
Please tick here if you wish to receive emails and text messages regarding appointments <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Text	مهرباني وکړئ دا ځای په نښه کړئ که غواړئ د لیدنو په اړه برېښنالیکونه او متنې پیغامونه ترلاسه کړئ <input type="checkbox"/> برېښنالیک <input type="checkbox"/> متنې پیغام

Medical History – please tick if you have any of the following	طبي شاليد – مهرباني وکړئ په نښه يط کړئ کچيرې تاسې يو د لاندې څه لري
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> نفس تنگي
<input type="checkbox"/> Heart Failure	<input type="checkbox"/> د زړه سکنه
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> شوگر
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> د وينې لوړ فشار
<input type="checkbox"/> Kidney Disease	<input type="checkbox"/> د پښتورگو ناروغي
<input type="checkbox"/> Schizophrenia	<input type="checkbox"/> شيزوفرينيا
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> د جگر ساري ناروغي
<input type="checkbox"/> Heart disease	<input type="checkbox"/> د زړه ناروغي
<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> ميرگي
<input type="checkbox"/> Underactive Thyroid	<input type="checkbox"/> په مري کي د غور د درلودلو ناروغي
<input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation	<input type="checkbox"/> د زړه د تکان د ډير سرعت ناروغي
<input type="checkbox"/> Manic Depression	<input type="checkbox"/> دماغي ناروغي
Other illness/condition	نورې ناروغي / حالات

Have you ever had any of the following – please tick	ايا تاسې کله هم د لاندې څخه کوم يو حالت درلود - مهرباني وکړئ په نښه يي کړئ
<input type="checkbox"/> Mini stroke	<input type="checkbox"/> وړه مغزي سکنه
<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> مغزي سکنه
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> سرطان

Medication – please list below the names and doses of any medication you are taking at present		
مهرباني وکړئ د هرو هغو درملو او دوزونو نومونو لاندې ليست کړئ چي تاسې يي اوس کاروي درملنه -		
Name	Strength (Dosage)	How often taken
نوم	قوت (خوراکه يا دوز)	څوځله يي کاروي

Allergies/intolerance to drugs such as penicillin or aspirin etc And give details of reaction to them	د درملو پرېرواندي حساسيت / نه زغم لکه پېنسلين يا اسپرين او نور او دوی پرېرواندي د خپل غبرگون توضيحات ورکړئ
Drug name	Details of reaction to the drug
د درملو نوم	درملو ته د غبرگون بنودلو توضيحات

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	د کورنۍ شاليد مهرباني وکړئ د هرې جدي نارغيو په اړه توضيحات ورکړئ، لکه د زړه ناروغي، د سينې، تخمدان او يا د کولمو سرطان، چې ستاسې کوم خپلوان په ځانگړي ډول ستاسې مورويپلار، وروڼه يا خويندې ورسره مخامخ شوي وي.
Mother	مور
Father	پلار
Brothers	ورونه
Sisters	خويندې

Personal Habits	شخصي عادتونه
Do you smoke? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ايا تاسې سگرت څکوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Cigarette consumption daily (how many)	هره ورځ د سگرتېو څېنل (څومره)
Have you ever smoked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ايا کله مو سگرت څکولي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Date of stopping	د پرېښودو نېټه

Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ايا تاسو الکول څښئ؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
Units of alcohol consumed weekly	د الکولو واحدونه چې په اونۍ کې مصرفېږي
Do you use/have you used drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ايا تاسو درمل کاروئ/ايا تاسو مخدره توکي کارولي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
Drugs used	استعمال شوي مخدره توکي

For Female Patients only	يوازي د ښځينه ناروغانو لپاره
Breast x-ray/mammogram <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date	د سينې ايکس ري/ميموگرام هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> نېټه
Breast Check <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date	د سينې معاینات هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> نېټه
Any pregnancies? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date/s	کومه امیندواري لري؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> نېټه
Cervical smear <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date	د رحم د خولې رنګ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> نېټه

Ethnic Group and Interpreter need	قومي گروپ او د ژباړونکي اړتياوې
<input type="checkbox"/> What is your ethnicity?	<input type="checkbox"/> ستاسې قوم څه دی؟
<input type="checkbox"/> Ethnic group not given – patient refused	<input type="checkbox"/> قومي گروپ نه دی ذکر شوی – ناروغ انکار کړی و
Do you consent to tell us your country of origin?	ايا تاسې موافق ياست چې موږ ته د خپل اصلي هېواد ووايست؟
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> هو
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> نه
Country of origin	اصلي هېواد
Interpreter needs	د ژباړونکي اړتياوې
<input type="checkbox"/> What language(s)?	<input type="checkbox"/> ستاسې ژبه (ژبې) څه ده؟
<input type="checkbox"/> Sign Language	<input type="checkbox"/> معلومه شوي ژبه
<input type="checkbox"/> Sign Language - Makaton	<input type="checkbox"/> معلومه شوي ژبه – مکاتون
Translation needs (written information)	د ژباړې اړتياوې (ليکل شوي معلومات)
I can read and write English	زه کولی شم چې انگليسي ولولم او وليکم
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> هو
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> نه
I need written information translated in my language?	زه په خپله ژبه ژباړل شوي ليکل شويو معلوماتو ته اړتيا لرم؟
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> هو
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> نه
I need additional support in written information (e.g. easy read, pictorial, audio etc)	زه د ليکل شويو معلوماتو په اړه اضافي ملاتړ ته اړتيا لرم (لکه اسانه لوستل، انځوريز، غږيز او نور)
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> هو
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> نه
Notes	يادښتونه

Signature	لاسليک
Date	نېټه