

<b>New Patient Form</b>	<b>فرم بیمار جدید</b>
Please complete this form. This allows us to know some details about your medical history.	لطفا این فرم را تکمیل کنید. این به ما اجازه می دهد تا برخی از جزئیات مربوط به سابقه پزشکی شما را بدانیم.
<b>Personal Details</b>	<b>اطلاعات شخصی</b>
Surname	نام خانوادگی
Forenames	نام اول
Date of birth	تاریخ تولد
Address	نشانی
Postcode	کد پستی
Email	ایمیل
Mobile	مبایل
Home Tel Number	شماره تلفن خانه
Next of Kin	نام اقارب نزدیک
Contact details of next of kin	اطلاعات 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 اطلاعات برای مراقبت عاجل اشتراک نمایید، لطفا اینجا را علامت گذاری نمایید. <input type="checkbox"/>
Your information will not be passed to any third party sector.	اطلاعات شما با طرف سوم شریک نخواهد شد

Please tick here if you wish to receive emails and text messages regarding appointments	اگر میخواهید در مورد ملاقات ایمیل و پیام دریافت نمایید، اینجا را علامت گذاری نمایید
<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> ایمیل
<input type="checkbox"/> Text	<input type="checkbox"/> پیام کتبی

<b>Medical History</b> – please tick if you have any of the following	<b>سابقه پزشکی</b> – اگر یکی از موارد زیر را داشته باشید، علامت گذاری نمایید
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> آسم/تنگی نفس
<input type="checkbox"/> Heart Failure	<input type="checkbox"/> نارسایی قلبی
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> دیابت
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> فشار خون بالا
<input type="checkbox"/> Kidney Disease	<input type="checkbox"/> بیماری کلیه
<input type="checkbox"/> Schizophrenia	<input type="checkbox"/> اسکیزوفرنی
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Heart disease	<input type="checkbox"/> بیماری قلبی
<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> صرع
<input type="checkbox"/> Underactive Thyroid	<input type="checkbox"/> تیروئید 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	بیماری/وضعیت دیگر

Have you ever had any of the following – please tick	آیا تا به حال موارد زیر را داشته اید - لطفاً علامت گذاری 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

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

<p><b>حساسیت/عدم تحمل</b> به داروهای مانند پنی سیلین یا آسپرین و غیره و جزئیات واکنش به آنها را بیان کنید</p>	<p><b>Allergies/intolerance</b> to drugs such as penicillin or aspirin etc And give details of reaction to them</p>
<p>Details of reaction to the drug توضیحات واکنش به دارو</p>	<p>Drug name نام دارو</p>

<p><b>Family History</b> 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</p>	<p><b>سابقه خانوادگی</b> لطفاً در مورد هرگونه بیماری جدی مانند بیماری 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</p>
Mother	مادر
Father	پدر
Brothers	برادران
Sisters	خواهران

<p><b>Personal Habits</b></p>	<p><b>عادت های شخصی</b></p>
<p>Do you smoke? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>آیا سیگار میکشید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>Cigarette consumption daily (how many)</p>	<p>استفاده روزانه از سیگار (چند دانه)</p>
<p>Have you ever smoked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>آیا گاهی سیگار کشیده اید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>Date of stopping</p>	<p>تاریخ توقف</p>

Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا از الکل استفاده می کنید؟ آره <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
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؟ آره <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
Drugs used	مواد مخدر استفاده شده

For Female Patients only	فقط برای بیماران زن
Breast x-ray/mammogram <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date	اشعه ایکس/ماموگرافی سینه آره <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ
Breast Check <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date	آزمایش سینه آره <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ
Any pregnancies? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date/s	گاهی حامله دار شده اید؟ آره <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ/تاریخها
Cervical smear <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date	اسمیر دهانه رحم آره <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ

<b>Ethnic Group and Interpreter need</b>	<b>گروه قومی و نیاز به مترجمین</b>
<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 – بیمار 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"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Country of origin	کشور اصلی
<b>Interpreter needs</b>	<b>نیاز به مترجم</b>
<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
<b>Translation needs (written information)</b>	<b>نیازهای ترجمه نوشتاری (اطلاعات نوشته شده)</b>
I can read and write English <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	من میتوانم به انگلیسی بخوانم و بنویسم <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
I need written information translated in my language? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	من نیاز به اطلاعات ترجمه شده به زبان خودم دارم <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
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 اطلاعات نوشتاری دارم (بطور مثال، خواندن آسان، تصویری، صوتی و غیره) <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Notes	یادداشت ها
Signature	امضا
Date	تاریخ