|  |  |
| --- | --- |
| **English** | Nepali Pahari |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | युकेमा भर्खरै आएका आप्रवासीहरूका लागि बिरामी सम्बन्धी नयाँ प्रश्नावली |
| 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 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.  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. | सबैलाई GP सँग दर्ता गर्ने अधिकार छ। तपाईलाई GP सँग दर्ता गर्न ठेगाना, अध्यागमन स्थिति, आईडी वा NHS नम्बरको प्रमाण चाहिँदैन।यो प्रश्नावली बालबालिकाको स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी सङ्कलन गर्नको लागि हो ताकि तपाईको GP अभ्यासमा रहेका स्वास्थ्य व्यवसायीहरूले राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवाको गोपनीयता र डेटा साझेदारी नीतिहरू अनुसार उनीहरूलाई कस्तो सहयोग, उपचार र विशेषज्ञ सेवाहरू आवश्यक पर्न सक्छ भनेर बुझ्न सकून्। तपाईको प्रत्यक्ष हेरचाह बाहेक अन्य उद्देश्यका लागि तपाईले उपलब्ध गराउनुभएको कुनै पनि जानकारी तपाईले सहमति दिनुनभएसम्म(जस्तै चिकित्सा अनुसन्धानलाई समर्थन गर्न) वा उनीहरूलाई कानूनद्वारा त्यसो गर्न आवश्यक नभएसम्म (उदाहरणका लागि अन्य मानिसहरूलाई गम्भीर हानिबाट जोगाउन); वा ओभरराइडिङ्ग सार्वजनिक चासो नभएसमम (जस्तै तपाईं सरुवा रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ) तपाईको GP ले खुलासा गर्ने छैनन्। तपाईको GP ले तपाईको जानकारी कसरी प्रयोग गर्नेछन् भन्ने बारे थप जानकारी तपाईको GP अभ्यासबाट उपलब्ध छ।  तपाईँको उत्तर तपाईँको GP अभ्यासमा बुझाउनुहोस् |
| Section one: Personal details | खण्ड एकः व्यक्तिगत विवरण |
| Full name: | पुरा नामः |
| Address: | ठेगानाः |
| Telephone number: | टेलिफोन नंबरः |
| Email address: | ईमेल ठेगानाः |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | सबै प्रश्न पुरा गर्नुहोस् र तपाईँको लागु हुने सबै उत्तरहरुमा बाक्सामा ठिक लगाउनुहोस्। |
| 1.1Date questionnaire completed: | * 1. प्रश्नावली पुरा गरेको मिति: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2निम्न मध्ये तपाईँलाई के ले उत्तम व्याख्या गर्छ:  पुरुष  महिला  अन्य  भन्न रुचाउँदिन |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 के तपाईँलाई यही लिंग जन्नमा दिईएको थियो?  हो  होईन  भन्न रुचाउँदिन |
| * 1. Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | 1.4 जन्म मितिः दिन महिना बर्ष |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 धर्म:  बुध्दिष्ट  क्रीष्टियन  हिन्दु  जुईस  मुसल्मान  शिख  अन्य धर्म  कुनै पनि धर्म छैन |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 बैवाहिक अवस्था:  बिवाहित/सामाजिक साझेदार  डिभोर्स भएको  पति/पत्नी बितेको  माथीको कुनै पनि हैन |
| 1.7Sexual Orientation:  Heterosexual (attracted to the opposite sex)  Homosexual (attracted to the same sex)  Bisexual (attracted to males and females)  Prefer not to say  Other | * 1. यौन रूची:   हेटेरोसेक्सुअल ( बिपरित लिङ्ग प्रति आकर्षण हुने)  होमोसेक्सुअल (एउटै लिङ्ग प्रति आकर्षित हुने)  बाईसेक्सुअल( महिला र पुरुष दुवै प्रति आकर्षित हुने)  भन्न नरुचाउने  अन्य |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8 बोल्ने मुख्य भाषा:   |  |  | | --- | --- | | अल्बानियन | रसियन | | अरबिक | टिग्रिन्या | | दारी | युक्रेनियन | | अंग्रेजी | उर्दु | | पर्सियन | भियतनामि | | अन्य |  | |
| 1.9 Second spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.9 बोल्ने दोस्रो भाषा:   |  |  | | --- | --- | | अल्बानियन | रसियन | | अरबिक | टिग्रिन्या | | दारी | युक्रेनियन | | अंग्रेजी | उर्दु | | पर्सियन | भियतनामि  कुनै पनि छैन | | अन्य |  | |
| 1.10Do you need an interpreter?  No  Yes | 1.10के तपाईँलाई दोभाषे चाहिन्छ?  चाहिँदैन  चाहिन्छ |
| 1.11Would 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.  Male  Female  I don’t mind | 1.11तपाईँ महिला वा पुरुष दोभाषे रुचाउनुहुन्छ? तपाईँ यस बारे सजग हुनुहोस् की दोभाषेको अनुकुलता सधैँ तपाईँको ईच्छा पुरा नहुन सक्छ।  पुरुष  महिला  मलाई फरक पर्दैन |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 के तपाईँ आफ्नो भाषामा पढ्न सक्नुहुन्छ?  हैन  हो  मलाई पढ्न कठिनाई छ |
| 1.13Are you able to write in your own language?  No  Yes  I have difficulty writing | * 1. तपाईँ आफ्नो भाषामा लेख्न सक्नुहुन्छ?   हैन  हो  मलाई लेख्न कठीनाई छ |
| 1.14Do you need sign language support?  No  Yes | * 1. तपाईँलाई सांकेतिक भाषा सहायता चाहिन्छ?   हैन  हो |
| 1.15Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:   |  |  | | --- | --- | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Next of kin | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Emergency contact (if different) | | * 1. तपाईँको परिवारको अर्को सदस्य वा आपत्कालिन अवस्थामा सम्पर्क गर्न सकिने अन्य कोहीको विवरण दिनुहोस्:  |  |  | | --- | --- | | नाम:  सम्पर्क फोन नंबर:  ठेगाना: | आफन्त | | नाम:  सम्पर्क टेलिफोन नंबर:  ठेगाना: | आपत्कालीन संपर्क (यदि भिन्न भएमा) | |
| Section two: Health questions | खण्ड दुईः स्वास्थ प्रश्नहरु |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | * 1. तपाईँ हाल अस्वस्थ वा बिरामी छ?   छैन  छ |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | * 1. के तपाईँलाई स्वास्थ समस्या बारे कुनै शिघ्र सहायता चाहनुहुन्छ?   छैन  छ |
| * 1. Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply*   Weight loss  Cough  Coughing up blood  Night sweats  Extreme tiredness  Breathing problems  Fevers  Diarrhoea  Skin complaints or rashes  Blood in your urine  Blood in your stool  Headache  Pain  Low mood  Anxiety  Distressing flashbacks or nightmares  Difficulty sleeping  Feeling like you can’t control your thoughts or actions  Feeling that you want to harm yourself or give up on life  Other | * 1. के तपाईँलाई हाल निम्न मध्ये कुनै लक्षण छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस्   वजन घट्ने  खोकी  रगत खोक्ने  राति पसिना आउने  अत्याधिक थकान  श्वास फेर्ने समस्या  ज्वारो  पखाला  कब्जियत  छाला चिटचिटाहत वा डावरहरु  पिसाबमा रगत  दिशामा रगत  टाउको दुख्ने  दुखाई  मुड नहुने  एङ्जाईटि  फ्यासव्याक र नराम्रो सपना देख्ने  सुत्न कठिनाई  आफैलाई  अन्य |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4शरिरको चित्रमा तपाईँले हाल स्वास्थमा अनुभव गरेको समस्या (हरु) भएको क्षेत्रमा (हरु) चित्रण गर्नुहोस् |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| 2.5Do you have any known health problems that are ongoing?  No  Yes | * 1. के तपाईँलाई हाल थाहा भएको कुनै रोग छ?   छैन  छ |
| 2.6Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply  Arthritis  Asthma  Blood disorder  Sickle cell anaemia  Thalassaemia  Cancer  Dental problems  Diabetes  Epilepsy  Eye problems  Heart problems  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV or AIDS  High blood pressure  Kidney problems  Liver problems  Long-term lung problem/breathing difficulties  Mental health problems  Low mood/depression  Anxiety  Post-traumatic stress disorder (PTSD)  Previously self-harmed  Attempted suicide  Other  Osteoporosis  Skin disease  Stroke  Thyroid disease  Tuberculosis (TB)  Other | * 1. के तपाईँमा निम्न कुनै छ वा पहिले कहिल्यै भएको थियो? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस्   आर्थ्राईटिस  दम  रगतमा समस्या  सिकल सेल अनेमिया  थालासेईमिया  क्यान्सर  दन्त्य समस्या  मधुमेह  ईपिलेप्सि  आँखाको समस्या  कान, नाक र घाँटी  मुटुको समस्या  हेपाटाईटिस B  हेपाटाईटिस C  एच्आईभी  मृगौलाको समस्या  पित्तको समस्या  मानसिक स्वास्थ समस्या  मुड नहुने/डिप्रेसन  एङ्गजाईटि  पोस्ट-ट्रमाटिक स्ट्रेस डिसअडर (PTSD)  पहिले स्वहानी गरेको  आत्म हत्याको प्रयास गरेको  अन्य  छाला सम्बन्धी रोग  थाईरोईडको रोग  ट्युबरकोलोसिस (TB)  अन्य |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7 के तपाईँलाई कहिल्यै अपरेसन/शल्यक्रीया गरिएको थियो?  छैन  छ |
| 2.8If you have had an operation / surgery, how long ago was this?  In the last 12 months  1 – 3 years ago  Over 3 years ago | * 1. यदि अपरेशन/शल्यक्रीया भएको थियो भने, यो कति समय अगाडी थियो?   पछिल्लो12 महिने भित्र  1 – 3 बर्ष अगाडि  Over 3 बर्ष अगाडि |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9के तपाईँलाई युध्द, द्वन्द वा टर्चरका कारणले कुनै शारिरिक चोटपटक लागेको छ?  छैन  छ |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10के तपाईँमा कुनै मानसिक समस्या छ? यो युध्द, द्वन्द, टर्चर वा तपाईँको देशबाट भाग्न पर्ने कारण ले हुन सक्छ?  छैन  छ |
| * 1. 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   Cancer  Diabetes  Depression/Mental health illness  Heart attack  High blood pressure  Stroke  Other | 2.11परिवारमा यी मध्ये कुनै समस्या हुन सक्छ। के तपाईँको नजिकको परिवार ( बुबा, आमा, दाजुभाई र हजुरबुबा/आमा) मा निम्न कुनै समस्या थियो? लागु हुने सबै ठिक लगाउनुहोस।  क्यान्सर  डिप्रेसन/ मानसिक स्वास्थ समस्या  मधुमेह  हर्ट अट्याक  उच्च रक्त चाप  स्ट्रोक  अन्य |
| * 1. Are you on any prescribed medicines?   No  Yes *–please list* *your prescribed medicines and doses in the box below*  ***Please bring any prescriptions or medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.12के तपाईँलाई कुनै औषधी सिफारिस गरिएको छ?  छैन  छ *– कृपया तलको बाक्सामा सिफारिस गरिएको सबै औषधी र मात्रा सूची गर्नुहोस*  ***तपाईँको अपोईन्टमेन्टमा सबै सिफारिस र औषधी लेराउनुहोस***   |  |  | | --- | --- | | *नाम* | *मात्रा* | |  |  | |
| 2.13Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?  No  Yes | 2.13अर्को केही हप्तामा तपाईँ यी औषधीहरु सकिनेमा चिन्तित हुनुहुन्छ?  छैन  छ |
| * 1. 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?   No  Yes *–please list medicines and doses in the box below*  ***Please bring any medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.14के तपाईँले कुनै स्वास्थ व्यवसायीले सिफारिस नगरेको औषधी लिनु भएको छ जस्तै तपाईँले औषधी पसलबाट किनेको, ईन्टरनेटबाट किनेको वा बिदेशबाट डेलिभर गिएको?  छैन  छ *–कृपया तलको बाक्सामा सबै औषधी र मात्रा सूची गर्नुहोस*  ***तपाईँको अपोईन्टमेन्टमा सबै औषधी लेराउनुहोस***   |  |  | | --- | --- | | *नाम* | *मात्रा* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15के तपाईँमा औषधीले कुनै एलर्जी छ?  छैन  छ |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16के तपाईँमा अन्य कुनै कुराको एलर्जी छ? (जस्तै खाना, कीराको गन्ध, ल्याटेक्स ग्लोभ)?  छैन  छ |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17के तपाईँमा कुनै शारिरिक अशक्तता वा हिँडडुल गर्न समस्या छ?  छैन  छ |
| * 1. Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply*   No  Blindness  Partial sight loss  Full hearing loss  Partial hearing loss  Smell and/or taste problems | 2.18के तपाईँमा कुनै सेन्सरि ईम्पेरमेन्ट छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस  छैन  अन्धोपना  आंसिक दृष्टिको कमि  पुरा सुन्न नसक्ने  आंशिक सुन्न नसक्ने  बास्ना र/वा स्वाद संबन्धी समस्याहरु |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19के तपाईँमा कुनै सिकाई सम्बन्धी कठीनाई छ?  छैन  छ |
| 2.20Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?  No  Yes | * 1. अर्को अपोईन्टमेन्टमा तपाईँको स्वास्थकर्मी सँग गोप्य रुपमा छलफल गर्नु पर्ने कुनै बिषयवस्तु छ?   छैन  छ |
| Section three: Lifestyle questions | खण्ड तीन जीवनशैली सम्बन्धी प्रश्नहरु |
| 3.1How often do you drink alcohol?  Never  Monthly or less  2-4 times per month  2-3 times per week  4 or more times per week  *There is* ***1 unit*** *of alcohol in:*    *½ pint glass of beer*    *1 small glass of wine*    *1 single measure of spirits* | * 1. तपाईँ कति शिघ्र रक्सि पिउनुहुन्छ?   कहिल्यै पिउँदिन  मासिक वा कम  महिनाको2-4 पटक  हप्ताको 2-3पटक  हप्ताको 4 पटक वा बढी  निम्नमा एक युनिट रक्सि हुन्छः    *½ पिन्ट बियर ग्लास*    *1 सानो ग्लास वाईन*     1. *सिंगल स्पिरिटको मेजरमा* |
| * 1. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 or more | 3.2तपाईँले पिउनु भएको बेलामा प्राय कति युनिट रक्सि पिउनुहुन्छ?  0-2  3-4  5-6  7-9  10 वा बढी |
| * 1. 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?   Never  Less than monthly  Monthly  Weekly  Daily or almost daily | 3.3 गएको बर्ष एक पटकमा यदि महिला भएमा तपाईँले कति शिघ्र 6 वा बढी युनिट र पुरुष भएमा 8 वा बढी रक्सि सेवन गर्नुभयो?  कहिले पनि  महिना भन्दा कम  महिनामा  हप्तामा  दैनिक वा लगभग दैनिक |
| * 1. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?   Never  I have quit taking drugs that might be harmful  Yes | 3.4तपाइँको स्वास्थलाई हानी गर्ने लागु औषध जस्तै क्यानाबिस, कोकेन, हेरोईन सेवन गर्नु हुन्छ?, heroin?  कहिले पनि गर्दिन  मैले लागु औषध सेवन गर्ने छोडेँ  हो |
| * 1. Do you smoke?   Never  I have quit smoking  Yes  Cigarettes  How many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  How many years have you smoked for? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tobacco    Would you like help to stop smoking?  Yes  No | 3.5के तपाईँ धुम्रपान गर्नुहुन्छ?  कहिले पनि गर्दिन  मैले धुम्रपान गर्न छोडेँ  हो  चुरोट  दिनको कति वटा? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  तपाइँले कति बर्ष धुम्रपान गर्नु भएको छ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  सूर्ती    के तपाईँ धुम्रपान गर्न छाड्न चाहनु हुन्छ?  हो  होईन |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6के तपाईँ सुर्ती चपाउनुहुन्छ?  कहिले पनि  मैले सुर्ती चपाउनु छोडेँ  हो |
| Section four: Vaccinations | खण्ड चारः खोप |
| * 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.***  No  Yes  I don’t know | 4.1के तपाईँले जन्मेको देशमा सबै खोपहरु प्राप्त गर्नुभएकोछ?  ***तपाईँ सँग खोपको ईतिहास छ भने एपोईन्टमेन्टम लिएर आउनुहोस्।***  छ  छैन  मलाई थाहा छैन |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2के तपाईँलाई ट्युबरक्लोसिस बिरुध्द खोप लगाईएको छ (TB)?  छैन  छ  मलाई थाहा छैन |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3के तपाईँलाई COVID-19 बिरुध्द खोप लगाईएकोछ?  छैन  छ  1 मात्र  2 मात्रा  3 मात्रा  3 मात्रा भन्दा बढी  मलाई थाहा छैन |
| Section five: Questions for female patients only | खण्ड पाँचः महिला बिरामीको लागि मात्र |
| 5.1Are you pregnant?  No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. के तपाईँ गर्भवती हुनुहुन्छ?   छैन  म गर्भवती हुन छक्छु  छ  तपाईँ कति हप्ताको गर्भवती हुनुहुन्छ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.2Do you use contraception?  No  Yes  What method do you use?  Barrier contraception *e.g. condoms, gel*  Oral contraceptive pill  Copper Coil/Intrauterine device (IUD)  Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*  Contraceptive injection  Contraceptive implant  Other | * 1. के तपाईँ गर्भनिरोधक प्रयोग गर्नुहुन्छ?   छैन  छ  कुन तरिका प्रयोग गर्नुहुन्छ?  ब्यारिअर गर्भनिरोधक जस्तै कन्डम, जेल आदि  मौखिक गर्भनिरोधक चक्की  कपर कोईल/ ईन्ट्रायुटेराईन डिभाईस(IUD)  हर्मोनल कोईल/ईन्ट्रायुटेराईन सिस्टम(IUS) *e.g. Mirena*  कन्ट्रासेप्टिभ ईनजेक्सन  कन्ट्रासेप्टिभ ईम्प्लान्ट  अन्य |
| 5.3Do you urgently need any contraception?  No  Yes | * 1. के तपाईँलाई शिघ्र कुनै गर्भनिरोधक चाहिन्छ?   होईन  हो |
| 5.4Have 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.  No  Yes  I would like to be given more information | * 1. के तपाईँले कहिले पाठेघरको स्मयिर वा स्मियर परिक्षण गराउनुभएकोछ? यो परिक्षण तपाईँको पाठेघरको स्वास्थ परिक्षण गर्न र पाठेघरको क्यान्सरबाट जोगिन हो।   होईन  हप  म यस बारेमा थप सूचना चाहन्छु |
| 5.5Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?  No  Yes | * 1. तपाईँले हिस्टेरेक्टोमी (पाठेघर र युटेरस हटाउने शल्यक्रीया) गर्नु भएको छ?   छैन  छ |
| * 1. As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 5.6 महिलाको रुपमा अर्को अपोईन्टमेन्टमा तपाईँको स्वास्थकर्मी सँग गोप्य रुपमा छलफल गर्नु पर्ने कुनै बिषयवस्तु छ?  छैन  छ |
| 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. | यदि तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित केही कुरा छ जुन तपाईंलाई यो फारममा साझा गर्न सहज लाग्दैन र तपाईं डाक्टरसँग छलफल गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो GPलाई कल गर्नुहोस् र अपोइन्टमेन्ट बुक गर्नुहोस्। |