



Admission Health Survey

ভর্তির স্বাস্থ্য জরিপ

Welcome to *SingHealth CCF @ Expo*

স্বাগতম সিংহেলথ সি সি এফ @ এক্সপোতে

Please complete this survey

so that we can take better care of you during your stay here.

দয়া করে এই জরিপটি সম্পূর্ণ করুন যাতে আমরা এখানে আপনার থাকার সময় আপনার
আরও ভাল যত্ন নিতে পারি

Name: নাম	Gender: লিঙ্গ
NRIC / FIN: আই সি / ফিন	Phone Number: ফোন নাম্বার
Age: বয়স	
Address: ঠিকানা	

Admission Survey

ভর্তি জরিপ

When did your COVID-19 symptoms start? আপনার কওিড-১৯-এর লক্ষণ কবে শুরু হয়েছে?	Date / Month / Year তারিখ / মাস / বছর
When did you do your throat/nose swab? আপনার গলা / নাকের সোয়াব কবে করা হয়েছে?	Date / Month / Year তারিখ / মাস / বছর
Did you have a chest x-ray taken at the hospital? আপনার কি হাসপাতালে বুকের এক্সরে নেওয়া হয়েছিল?	No / Yes না / হ্যাঁ
If yes, when was the chest x-ray taken? যদি হ্যাঁ, বুকের এক্সরে কবে নেওয়া হয়েছিল?	Date / Month / Year তারিখ / মাস / বছর

Where did you come from?

আপনি কোথা থেকে এসেছেন?

Hospital/Polyclinic/Local Doctors/Dormitory/Others:

হাসপাতাল / পলি ক্লিনিক / লোকাল ডাক্তার / ডরমিটরি / অন্যান্য

Do you have any existing medical problems?

আপনার কোনো দীর্ঘমেয়াদী অসুখ আছে?

		If yes, what medication are you on? যদি হ্যাঁ, আপনি কোন ওষুধ খাচ্ছেন?
High Blood Pressure উচ্চ রক্তচাপ (ব্লাড প্রেসার)	No / Yes না / হ্যাঁ	
Diabetes ডায়াবেটিস (সুগার)	No / Yes না / হ্যাঁ	
Previous Heart Problems হার্টের সমস্যা	No / Yes না / হ্যাঁ	
High Cholesterol কলেস্টেরল	No / Yes না / হ্যাঁ	
Allergies অ্যালার্জি	No / Yes না / হ্যাঁ	
Others অন্যান্য		

Are you currently experiencing any of the following?

আপনি কি বর্তমানে নিচের কোনোটি অনুভব করছেন?

		If yes, when did the symptoms start: Date / Month / Year যদি হ্যাঁ, এটি কবে শুরু হয়েছে: তারিখ / মাস / বছর
Shortness of Breath / Difficulty Breathing শ্বাস কষ্ট	No / Yes না / হ্যাঁ	
Chest Pain / Palpitations বুক ব্যাথা / বুক ধড়ফড়	No / Yes না / হ্যাঁ	
Are you feeling worse than before আপনার কি আগের চেয়ে বেশি খারাপ লাগছে	No / Yes না / হ্যাঁ	
Blocked / Running Nose নাক বন্ধ / সর্দি	No / Yes না / হ্যাঁ	
Cough কাশি	No / Yes না / হ্যাঁ	
Sore Throat গলা ব্যাথা	No / Yes না / হ্যাঁ	
Painful Toes পায়ের অঙ্গুলে ব্যাথা	No / Yes না / হ্যাঁ	
Unable to Smell নাকে গন্ধ না পাওয়া	No / Yes না / হ্যাঁ	
Taste Disturbances মুখের বিস্বাদ	No / Yes না / হ্যাঁ	