



## Admission Health Survey

அனுமதி சுகாதார விவரம்

Welcome to *SingHealth CCF @ Expo*  
சிங்ஹெல்த் சிசிஎப் @ எக்ஸ்போவிற்கு வருக

Please complete this survey

தயவு செய்து இந்த விவரங்களை பூர்த்தி செய்யவும்

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

இது உங்களை நன்றாக கவனித்துக்கொள்ள உதவும்

<b>Name:</b> பெயர்பாலினம்	<b>Gender</b>
<b>NRIC / FIN:</b> Number: அடையாள அட்டை எண்தொலைபேசி எண்	<b>Phone</b>
<b>Age:</b> வயது	
<b>Address:</b> முகவரி	

## Admission Survey

அனுமதி விவரம்

When did your COVID-19 symptoms start? <i>கொவிட்-19 அறிகுறிகள் எப்பொழுது ஆரம்பித்தன?</i>	Date / Month / Year நாள்/மாதம்/வருடம்
When did you do your throat/nose swab? <i>தொண்டை / மூக்கு பரிசோதனை எப்பொழுது செய்யப்பட்டது?</i>	Date / Month / Year நாள்/மாதம்/வருடம்
Did you have a chest x-ray taken at the hospital? <i>மருத்துவமனையில் எக்ஸ்ரே செய்யப்பட்டதா?</i>	No / Yes <i>இல்லை/ ஆமாம்</i>
If yes, when was the chest x-ray taken? <i>ஆமாம் என்றால், எப்பொழுது செய்யப்பட்டது?</i>	Date / Month / Year நாள்/மாதம்/வருடம்

## Where did you come from?

எங்கிருந்து வருகிறீர்கள்?

Hospital/Polyclinic/Local Doctors/Dormitory/Others:

மருத்துவமனை/ பொலிகிளினிக்/ தனியார் கிளினிக்/ ஊழியர் தங்குமிடம்/ மற்றவை

**Do you have any existing medical problems?**

**உங்களுக்கு ஏதேனும் சுகாதார குறைகள் இருக்கிறதா?**

		If yes, what medication are you on? ஆமாம் என்றால், என்ன மருந்து சாப்பிடுகிறீர்கள்
High Blood Pressure இரத்தக் கொதிப்பு	No / Yes <i>இல்லை/ ஆமாம்</i>	
Diabetes இனிப்பு நீர் / நீரிழிவு நோய்	No / Yes <i>இல்லை/ ஆமாம்</i>	
Previous Heart Problems முந்தைய இருதயக் பிரச்சனைகள்	No / Yes <i>இல்லை/ ஆமாம்</i>	
High Cholesterol அதிக கொழுப்பு	No / Yes <i>இல்லை/ ஆமாம்</i>	
Allergies அலர்ஜி	No / Yes <i>இல்லை/ ஆமாம்</i>	
Others <i>[மற்றவை]</i>		

**Are you currently experiencing any of the following?**

[உங்களுக்கு கீழ்க்கண்டவற்றுள் ஏதேனும் உள்ளதா?

		If yes, when did the symptoms start: Date / Month / Year [ஆம் எனில் எப்போது ஆரம்பித்தது?] நாள்/மாதம்/வருடம்
Shortness of Breath / Difficulty Breathing [மூச்சு எடுக்க / விட சிரமப்படுகிறீர்களா?	No / Yes இல்லை/ ஆமாம்	
Chest Pain / Palpitations [நெஞ்சுவலி அல்லது படபடப்பாக உணருகிறீர்களா?]	No / Yes இல்லை/ ஆமாம்	
Are you feeling worse than before முந்தைக்கு இப்போது உடல் நலமில்லை என்று தோன்றுகிறதா?	No / Yes இல்லை/ ஆமாம்	
Blocked / Running Nose மூக்கடைப்பு/ மூக்கில் ஒழுகுதல்	No / Yes இல்லை/ ஆமாம்	
Cough இருமல்	No / Yes இல்லை/ ஆமாம்	
Sore Throat தொண்டை வலி/ புண்	No / Yes இல்லை/ ஆமாம்	
Painful Toes கால் விரல்களில் வலி	No / Yes இல்லை/ ஆமாம்	

Unable to Smell வாசனை இழப்பு	No / Yes இல்லை/ஆமாம்	
Taste Disturbances சுவை இழப்பு	No / Yes இல்லை/ஆமாம்	