
हेलो ।

आपके तथा आपके परिवार की देखभाल संबंधी योजना बनाने में मदद के लिए मुझे आपसे कुछ प्रश्न पूछने हैं ।

Hindi

Hello.

There are some questions I need to ask to help plan care for you or your family member.

आपकी सुविधा के लिए मैंने प्रत्येक प्रश्न लिखकर रखा है। अधिकतर प्रश्नों के लिए हम आपको उत्तरों के विकल्प देंगे। कृपया उत्तर की तरफ संकेत करें या उत्तर लिख दें ताकि हम आपकी देखभाल की योजना शुरू कर सकें। यदि किसी प्रश्न के बारे में या उसका उत्तर किस प्रकार देना है इसके बारे में आपको कोई संदेह है, तो कृपया शीट पर "ठीक से पता नहीं" की तरफ संकेत करें।

Hindi

I have each question written for you. We will give you answer choices for most questions. Please point to the answer or write an answer so we can start to plan your care. If you are not sure about a question or how to answer the question, please point to "Not sure" on the sheet.

क्या आप मुझे अपना नाम बता सकते / सकती हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Can you tell me your name?

No Not sure Yes

क्या आप इस कागज पर अपना नाम लिख सकते/सकती हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Can you write your name on this paper for me?

No Not sure Yes

क्या आप यहां अकेले आए/आई हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Did you come here alone?

No Not sure Yes

क्या आपके साथ परिवार का कोई अन्य सदस्य या मित्र हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have other family member or friends with you?

No Not sure Yes

यदि हां, तो क्या आप उनके नाम और आयु मुझे बता सकते / सकती हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

If yes, can you tell me or write their names and ages?

No Not sure Yes

क्या आपके परिवार के सदस्यों में से कोई
सदस्य गर्भवती है?

नहीं

निश्चित नहीं

हाँ



Hindi

Are any of your family members pregnant?

No Not sure Yes

क्या आपके परिवार में किसी को अस्पताल में
भर्ती कराया गया है जिसके बारे में आप जानते हैं?

नहीं

निश्चित नहीं

हाँ



Hindi

Has anyone in your family been hospitalized that you know of?

No Not sure Yes

क्या आपके परिवार में कोई ऐसा मृतक है
जिसके बारे में आप जानते हैं?

नहीं

निश्चित नहीं

हाँ



Hindi

Is anyone in your family deceased that you know of?

No Not sure Yes

क्या आप ही वह व्यक्ति हैं जिसे देखभाल सहित सहायता की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Are you the person that needs help with care?

No Not sure Yes

यदि नहीं, तो कृपया उनके नाम लिखिए।

ठीक से पता नहीं

Hindi

If not, please write their name.

Not sure

आपका इस व्यक्ति से क्या संबंध है?

माता / पिता

अभिभावक

पति / पत्नी

बच्चा

भाई या बहन

पार्टनर

परिवार का अन्य सदस्य

मित्र या पड़ोसी

कोई संबंध नहीं

Hindi

How are you related to this person?

Parent

Guardian

Spouse

Child

Brother or Sister

Partner

Other family member

Friend or Neighbor

No relationship

अब अगले प्रश्न उस व्यक्ति से संबंधित हैं जिसे देखभाल की आवश्यकता है। यदि आप उस व्यक्ति के लिए उत्तर दे रहे/रही हैं, तो कृपया सुनिश्चित करें कि उत्तर उस व्यक्ति के बारे में ही हों।

उदाहरण के लिए, यदि आप अपने बच्चे के बारे में उत्तर दे रहे/रही हैं और पूछा गया प्रश्न "आयु" है, तो आप अपने बच्चे की आयु बताएंगे/बताएंगी जिसे देखभाल की आवश्यकता है, न कि अपनी आयु।

Hindi

The next questions are about the person who needs care. If you are giving answers for that person, please be sure the answers are about that person.

For example, if you are answering for your child and the question is "age", you would give the age of your child needing care, not your age.

आयु

कृपया मुझे बताएं या संख्या लिखें।

ठीक से पता नहीं

Hindi

Age

Please tell me or write the number.

Not sure

आप किस जाति के हैं?

कृपया मुझे बताएँ या इसे लिखें।

निश्चित नहीं

Hindi

What race are you? Please tell me or write it down.

No Not sure Yes

पता

कृपया मुझे पता बताएं या कोई ऐसी चीज दिखाएं जिस पर पता दर्ज हो, या पता लिख दें।

ठीक से पता नहीं

Hindi

Address

Please tell me or show me something with the address, or write the address.

Not sure

क्या आपको तत्काल कोई चिकित्सकीय या स्वास्थ्य संबंधी
समस्या है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have a medical or health concern right now?

No Not sure Yes

शारीरिक रूप से आप कैसा महसूस कर रहे / रही हैं?



0

अच्छा



2



4



6



8



10

बहुत बीमार

ठीक से पता नहीं

Hindi

How are you feeling physically?

Fine

Very ill

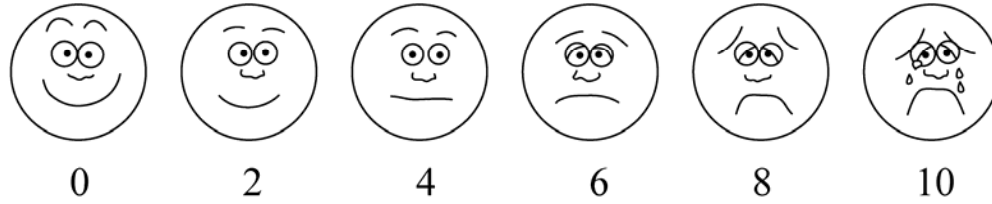
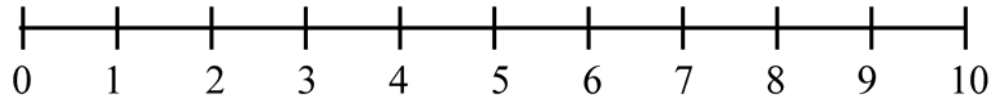
Not sure

आपको अभी कितना दर्द हो रहा है?

बिल्कुल दर्द नहीं हो रहा है

हल्का दर्द हो रहा है

बहुत अधिक दर्द हो रहा है



ठीक से पता नहीं

Hindi

How much pain are you in right now?

No Pain

Moderate Pain

Worst Pain

Not Sure

क्या आप शरीर के उस हिस्से की तरफ संकेत कर सकते / सकती हैं
जहां दर्द हो रहा है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



यदि हां, तो कृपया मुझे दिखाएं।

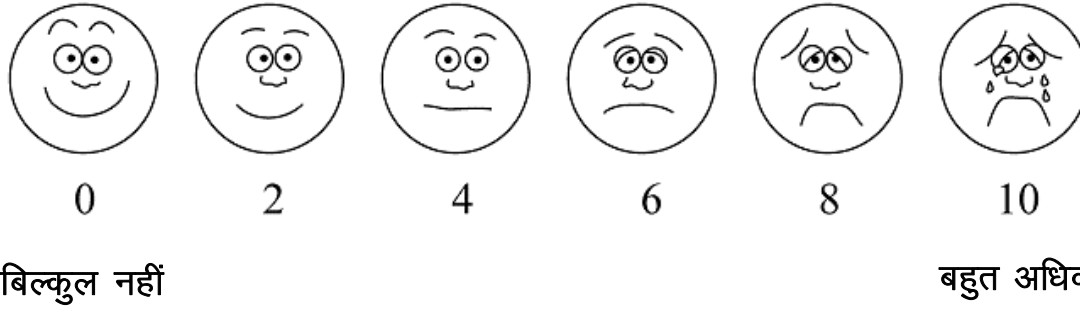
Hindi

Can you point to the part of the body where you have pain?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

कुछ लोगों को मानसिक परेशानी होती है जैसे कि उदासीनता, संभ्रांति या क्रोध। अभी आप कितनी मानसिक परेशानी में हैं?



ठीक से पता नहीं

Hindi

Some people have mental distress such as sadness, confusion or anger. How much mental distress do you have right now?

None

Very much

Not Sure

क्या आप अभी स्वयं को या किसी अन्य व्यक्ति को खतरा पहुंचा
सकने की स्थिति में हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Are you in danger of hurting yourself or someone else right now?

No Not sure Yes

क्या आपको रोजमर्रा के जीवनयापन के लिए किसी दवा, उपकरण या अन्य सामग्री की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need any medicine, equipment or other items for daily living?

No Not sure Yes

क्या आपको किसी देखभालकर्ता की आवश्यकता है या आपके पास कोई व्यक्तिगत सहायक है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need a caregiver or do you have a personal assistant?

No Not sure Yes

क्या आपका व्यक्तिगत सहायक यहां है और वह आपके साथ रुकने वाला / वाली है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Is your caregiver here and planning to stay with you?

No Not sure Yes

आपके सहायक का नाम

कृपया मुझे बताएं या लिख दें।

ठीक से पता नहीं

Hindi

Your caregiver's name:

Please tell me or write the name.

Not Sure

क्या आपके पास सेवा करने वाला कोई जानवर है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have a service animal?

No Not sure Yes

क्या सेवा करने वाला जानवर आपके साथ है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Is the service animal with you?

No Not sure Yes

यदि नहीं, तो क्या आप जानते/जानती हैं कि वह कहां है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

If no, do you know where the animal is?

No Not sure Yes

क्या आप कोई मेडिकेयर या मेडिकेड लाभ प्राप्त कर रहे / रही हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Are you receiving any Medicare or Medicaid benefits?

No Not sure Yes

क्या आपका कार्ड आपके पास है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have your card with you?

No Not sure Yes

क्या अपने आसपास के भोजन, दवा या अन्य चीजों से आपको
किसी प्रकार की एलर्जी है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां




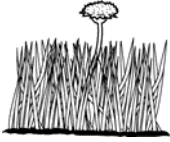
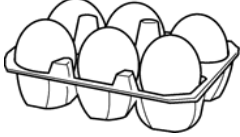

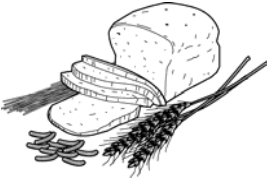


Hindi

Do you have any allergies to foods, medicine or things around you?

No Not sure Yes

मुझे बताएं कि इस सूची की किन चीजों से आपको एलर्जी है।

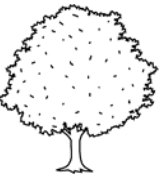
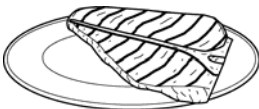

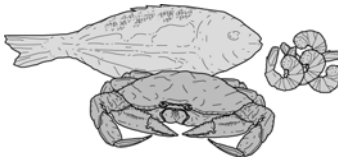
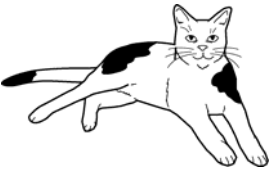


<input type="checkbox"/> फफूंद	<input type="checkbox"/> गिरीदार फल या मूंगफली का मक्खन 
<input type="checkbox"/> लेटेक्स 	<input type="checkbox"/> दूध 
<input type="checkbox"/> घास 	<input type="checkbox"/> अंडे 
<input type="checkbox"/> टेप 	<input type="checkbox"/> गेहू या अनाज (ग्लूटेन) 

Hindi

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mold | <input type="checkbox"/> Nuts or peanut butter |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Milk |
| <input type="checkbox"/> Grass | <input type="checkbox"/> Eggs |
| <input type="checkbox"/> Tape | <input type="checkbox"/> Wheat or gluten |

मुझे बताएं कि इस सूची की किन चीजों से आपको एलर्जी है।

<input type="checkbox"/> वृक्ष का पराग 	<input type="checkbox"/> गोमांस 
<input type="checkbox"/> धूल 	<input type="checkbox"/> मछली या शल्कधारी जीव 
<input type="checkbox"/> जानवरों के बाल 	<input type="checkbox"/> कुकुरमुत्ता, खुम्बी 
<input type="checkbox"/> केले 	<input type="checkbox"/> अन्य चीजें जो सूची में नहीं हैं <input type="checkbox"/> ठीक से पता नहीं

Hindi

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tree pollen | <input type="checkbox"/> Beef |
| <input type="checkbox"/> Dust | <input type="checkbox"/> Fish or shellfish |
| <input type="checkbox"/> Animal hair | <input type="checkbox"/> Mushrooms |
| <input type="checkbox"/> Bananas | <input type="checkbox"/> Other things not on this list |
| | <input type="checkbox"/> Not sure |

यदि किसी दवा से, तो किस प्रकार की?

- पेनिसिलिन
- सल्फा
- एस्पिरिन
- आयोडीन
- अन्य जो इस सूची में नहीं हैं
- ठीक से पता नहीं

Hindi

If medicine, what type?

- Penicillin
- Sulfa
- Aspirin
- Iodine
- Others not on this list
- Not Sure

क्या आपके पास किसी प्रकार की चिकित्सकीय पहचान है या आप किसी प्रकार की चिकित्सकीय पहचान धारण करते/करती हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



यदि हां, तो कृपया मुझे दिखाएं।

Hindi

Do you have or wear any kind of medical identification?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

क्या आप पिछले महीने में किसी अस्पताल, क्लिनिक गए / गई
थे / थीं या किसी चिकित्सक की देखभाल के अधीन रहे / रही
थे / थीं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Have you been in the hospital or at a clinic or under the care of a doctor in the past month?

No Not sure Yes

यदि हां, तो किसलिए?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> जांच के लिए | <input type="checkbox"/> पेट संबंधी समस्याओं के लिए |
| <input type="checkbox"/> दवा लेने के लिए | <input type="checkbox"/> शल्य चिकित्सा के लिए |
| <input type="checkbox"/> परीक्षणों के लिए | <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप के लिए |
| <input type="checkbox"/> हृदय संबंधी समस्याओं के लिए | <input type="checkbox"/> अन्य कारण से |
| <input type="checkbox"/> दर्द के लिए | <input type="checkbox"/> ठीक से पता नहीं |

Hindi

If yes, what for?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Check up | <input type="checkbox"/> For stomach problems |
| <input type="checkbox"/> To get medicine | <input type="checkbox"/> For surgery |
| <input type="checkbox"/> For tests | <input type="checkbox"/> For high blood pressure |
| <input type="checkbox"/> For heart problems | <input type="checkbox"/> Other reason |
| <input type="checkbox"/> For pain | <input type="checkbox"/> Not Sure |

क्या आप मुझे उस अस्पताल या क्लिनिक का नाम बता सकते/सकती हैं?

- रिवरसाइड मेथॉडिस्ट हॉस्पिटल
- ग्रांट मेडिकल सेंटर
- डॉक्टर्स हॉस्पिटल
- ग्रेडी मेमोरियल हॉस्पिटल
- डबलिन मेथॉडिस्ट हॉस्पिटल
- माउंट कार्मेल ईस्ट
- माउंट कार्मेल वेस्ट

Hindi

Can you tell me which hospital or clinic?

- Riverside Methodist Hospital
- Grant Medical Center
- Doctors Hospital
- Grady Memorial Hospital
- Dublin Methodist Hospital
- Mount Carmel East
- Mount Carmel West

क्या आप मुझे उस अस्पताल या क्लिनिक का नाम बता सकते/सकती हैं?

- माउंट कार्मेल सेंट एन्स
- माउंट कार्मेल न्यू अल्बेनी सर्जिकल हॉस्पिटल
- ओहायो स्टेट यूनिवर्सिटी हॉस्पिटल
- ओहायो स्टेट यूनिवर्सिटी हॉस्पिटल ईस्ट
- ओहायो स्टेट्स जेम्स कैंसर हॉस्पिटल एंड सोलोवे रिसर्च इंस्टीट्यूट
- ओहायो स्टेट्स रिचर्ड एम. रॉस हार्ट हॉस्पिटल

Hindi

Can you tell me which hospital or clinic?

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

क्या आप मुझे उस अस्पताल या क्लिनिक का नाम बता सकते/सकती हैं?

- ओहायो स्टेट्स हार्डिंग हॉस्पिटल
- ओहायो स्टेट यूनिवर्सिटी प्राइम केयर नेटवर्क
- नेशनवाइड चिल्ड्रेंस हॉस्पिटल
- नेबरहुड हेल्थ सेंटर
- अन्य क्लिनिक या अस्पताल
- ठीक से पता नहीं

Hindi

Can you tell me which hospital or clinic?

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Neighborhood health center
- Other clinic or hospital
- Not sure

क्या आप मुझे चिकित्सक का नाम बता सकते/सकती हैं?

कृपया मुझे नाम बताएं या किसी कार्ड पर लिखा नाम दिखाएं या नाम लिख दें।

ठीक से पता नहीं

Hindi

Can you tell me the name of the doctor?

Please tell me the name, show me the name from a card, or write the name.

Not sure

क्या आपको कोई ऐसी समस्या है जिसके लिए विशेष चिकित्सकीय उपकरण या साधनों की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां


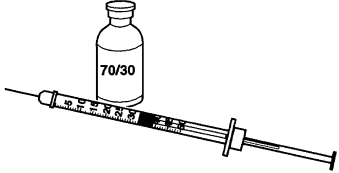
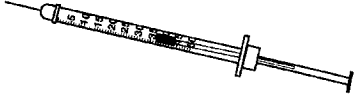

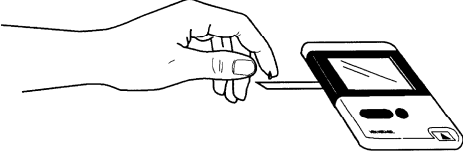
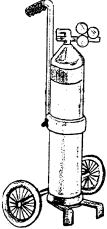
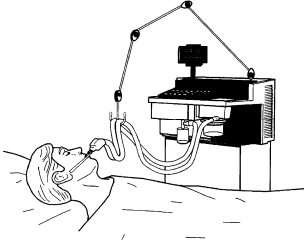




Hindi

Do you have a condition that requires any special medical equipment or supplies?

No Not sure Yes

यदि हां तो क्या आप बता सकते / सकती हैं कि आप क्या प्रयोग करते / करती हैं?

<input type="checkbox"/> एलर्जी के लिए एपिनेफ्राइन पेन 	<input type="checkbox"/> इंसुलिन 	<input type="checkbox"/> सिरिंज (सुई) 
<input type="checkbox"/> नेबुलाइजर 	<input type="checkbox"/> ग्लूकोज मीटर 	<input type="checkbox"/> ऑक्सीजन 
<input type="checkbox"/> रेस्पिरेटर 	<input type="checkbox"/> सीपीएपी 	<input type="checkbox"/> ड्रेसिंग (पट्टियां) 

Hindi

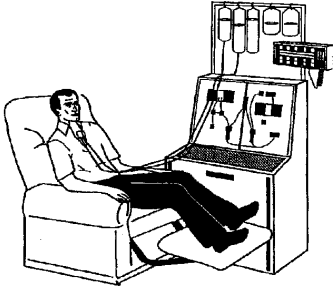
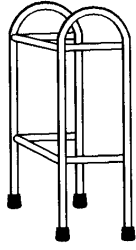
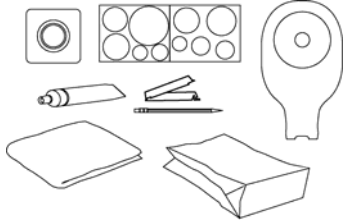

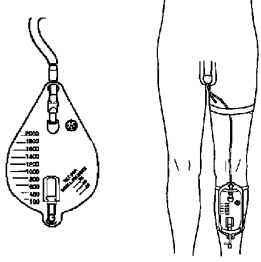
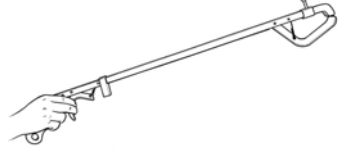
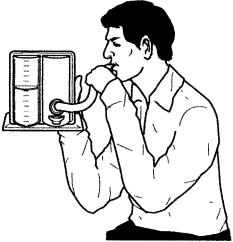
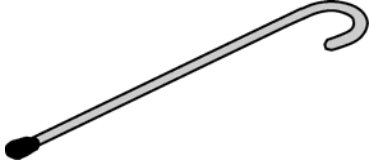

If yes, can you tell me what you use?

- Epinephrine pen for allergy
- Nebulizer
- Respirator

- Insulin
- Glucose meter
- CPAP

- Syringes
- Oxygen
- Dressings

यदि हां तो क्या आप बता सकते / सकती हैं कि आप क्या प्रयोग करते / करती हैं?

<input type="checkbox"/> डायलिसिस 	<input type="checkbox"/> वॉकर 	<input type="checkbox"/> ऑस्टोमी साधन 
<input type="checkbox"/> ट्यूब फीडिंग्स 	<input type="checkbox"/> फोली कैथिटर 	<input type="checkbox"/> रीचर 
<input type="checkbox"/> इन्सेंटीव स्पाइरोमीटर 	<input type="checkbox"/> छड़ी 	<input type="checkbox"/> सॉक एड्ड 

Hindi

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dialysis | <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Ostomy supplies |
| <input type="checkbox"/> Tube feedings | <input type="checkbox"/> Foley catheter | <input type="checkbox"/> Reacher |
| <input type="checkbox"/> Incentive spirometer | <input type="checkbox"/> Cane | <input type="checkbox"/> Sock aid |

यदि हां तो क्या आप बता सकते / सकती हैं कि आप क्या प्रयोग करते / करती हैं?

<input type="checkbox"/> स्प्लिंट 	<input type="checkbox"/> यूरिनल या बेड पैन 	<input type="checkbox"/> ब्रेस 
<input type="checkbox"/> व्हीलचेयर 	<input type="checkbox"/> ट्रांसफर बोर्ड 	<input type="checkbox"/> ऊपर उठाई गई शौचालय की सीट 
<input type="checkbox"/> पैरेंटल न्यूट्रिशन 	<input type="checkbox"/> दवाओं के लिए पोर्ट या कैथिटर 	<input type="checkbox"/> अन्य साधन जो इस सूची में नहीं हैं <input type="checkbox"/> ठीक से पता नहीं

Hindi

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Splint | <input type="checkbox"/> Urinal or bed pan | <input type="checkbox"/> Brace |
| <input type="checkbox"/> Wheelchair | <input type="checkbox"/> Transfer board | <input type="checkbox"/> Raised toilet seat |
| <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition | <input type="checkbox"/> Port or catheter for medicines | <input type="checkbox"/> Other supplies not on this list |
| | | <input type="checkbox"/> Not sure |

क्या आप इनमें से कोई चीजें अपने साथ लेकर आए / आई
थे / थीं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Did you bring any of these supplies with you?

No Not sure Yes

क्या आप प्रतिदिन किसी दवा का सेवन करते / करती हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you take any medicines every day?

No Not sure Yes

क्या आपकी दवा आपके पास है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have your medicine with you?

No Not sure Yes

आपने अंतिम बार अपनी दवा का सेवन कब किया था?

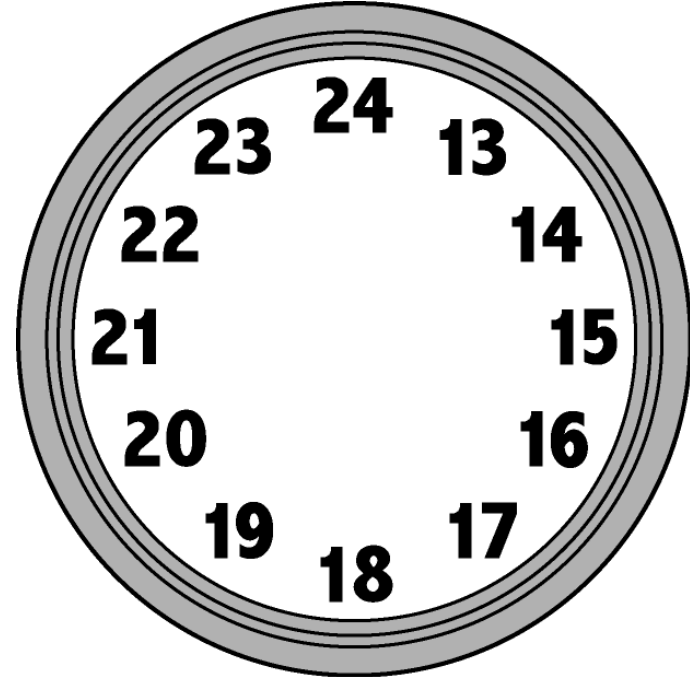
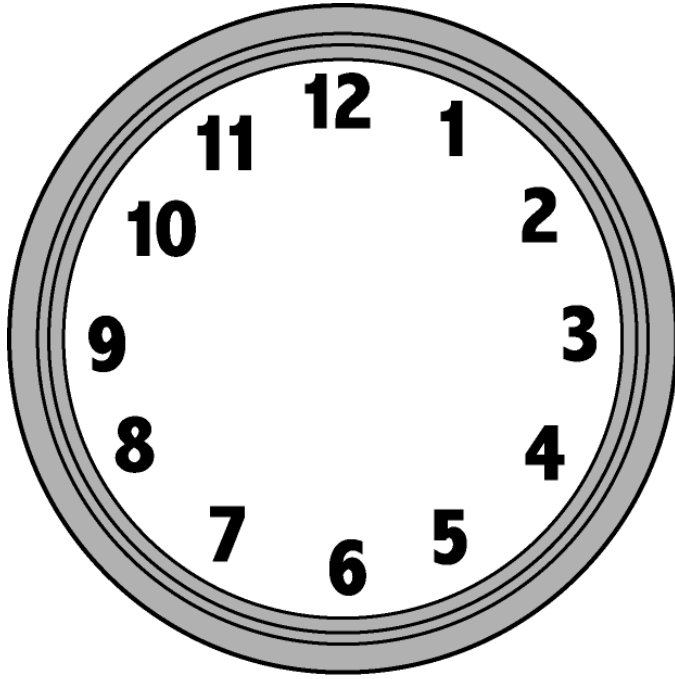
- आज
- कल
- 2 दिनों से भी पहले
- एक सप्ताह से भी पहले
- ठीक से पता नहीं

Hindi

When did you last take this medicine?

- Today
- Yesterday
- More than 2 days ago
- More than a week ago
- Not Sure

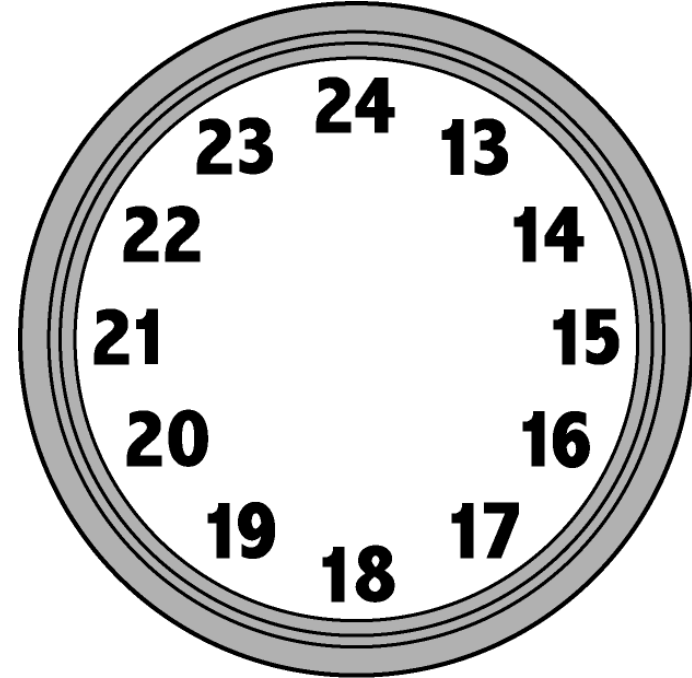
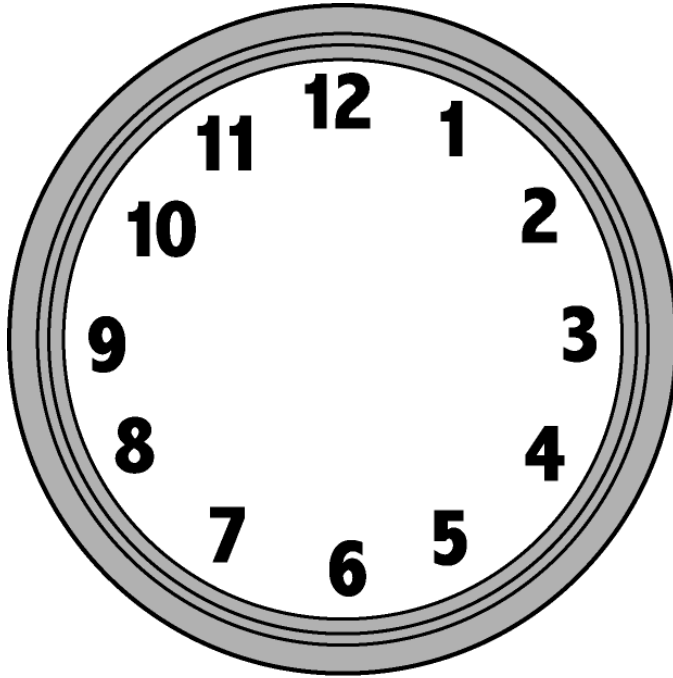
आपने किस समय दवा का सेवन किया था?



Hindi

What time did you take it?

आपको अगली बार अपनी दवा का सेवन कब करना है?



Hindi

When should you take your medicine again?

क्या आप उस जगह का नाम जानते/जानती हैं जहां से आप दवा लेते/लेती हैं (जैसे कि दवा की दुकान, फार्मसी, किराने की दुकान या क्लिनिक)?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you know the name of the place where you get your medicines (such as a drug store, pharmacy, grocery store or clinic)?

No Not sure Yes

क्या आपको उन दवाओं के नाम पता हैं जिनका आप सेवन करते/करती हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you know the names of the medicines you take?

No Not sure Yes

क्या आपको पता है कि आप दवा का सेवन किसलिए करते/करती हैं?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> हृदय संबंधी समस्या | <input type="checkbox"/> मेरा रक्त पतला करने के लिए |
| <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप | <input type="checkbox"/> कोलेस्ट्रॉल कम करने के लिए |
| <input type="checkbox"/> मधुमेह | <input type="checkbox"/> तनाव नियंत्रित करने के लिए |
| <input type="checkbox"/> गुर्दे की समस्या | <input type="checkbox"/> नींद आने के लिए |
| <input type="checkbox"/> यकृत संबंधी समस्याएं | <input type="checkbox"/> कैंसर |

Hindi

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heart problems | <input type="checkbox"/> To thin my blood |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure | <input type="checkbox"/> To lower cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> To control my stress |
| <input type="checkbox"/> Kidney problems | <input type="checkbox"/> To help me sleep |
| <input type="checkbox"/> Liver problems | <input type="checkbox"/> Cancer |

क्या आपको पता है कि आप दवा का सेवन किसलिए करते/करती हैं?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> दर्द नियंत्रण | <input type="checkbox"/> एचआईवी या एड्स |
| <input type="checkbox"/> आर्थ्राइटिस | <input type="checkbox"/> रक्ताल्पता |
| <input type="checkbox"/> रक्त संचार ठीक करने के लिए | <input type="checkbox"/> नेत्र संबंधी समस्या |
| <input type="checkbox"/> एलर्जी | <input type="checkbox"/> साँस संबंधी समस्या |
| <input type="checkbox"/> संक्रमण के उपचार के लिए | <input type="checkbox"/> त्वचा संबंधी समस्या |

Hindi

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pain control | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> To help my circulation | <input type="checkbox"/> Eye problems |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Breathing problems |
| <input type="checkbox"/> To treat an infection | <input type="checkbox"/> Skin problems |

क्या आपको पता है कि आप दवा का सेवन किसलिए करते/करती हैं?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> याददाश्त ठीक करने के लिए | <input type="checkbox"/> मलेरिया |
| <input type="checkbox"/> थाइरॉयड की समस्या | <input type="checkbox"/> पेशियों के ऐंठन या खिंचाव के लिए |
| <input type="checkbox"/> शरीर से द्रव निकालने में सहायता के लिए | <input type="checkbox"/> अन्य कारणों के लिए जो सूची में नहीं हैं |
| <input type="checkbox"/> टीबी | <input type="checkbox"/> ठीक से पता नहीं |

Hindi

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> To help my memory | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Thyroid problems | <input type="checkbox"/> Muscle spasms |
| <input type="checkbox"/> To help me get rid of fluid | <input type="checkbox"/> Other reasons not on this list |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Not sure |

क्या आपको सुनाई देने संबंधी कोई समस्या है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have any problems with your hearing?

No Not sure Yes

क्या आप सुनने की मशीन (हियरिंग एड) का प्रयोग करते/करती हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you use a hearing aid?

No Not sure Yes

क्या आपका हियरिंग एड आपके पास है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have your hearing aid with you?

No Not sure Yes

क्या आपका हियरिंग एड काम कर रहा है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Is your hearing aid working?

No Not sure Yes

क्या आपको बैटरी की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need a battery?

No Not sure Yes

क्या आपको सांकेतिक भाषा का अनुवादक चाहिए?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need a sign language interpreter?

No Not sure Yes

आप दूसरों के साथ सबसे अच्छी तरह संवाद किस प्रकार करते/करती हैं?

- सांकेतिक भाषा के द्वारा
- होंठ पढ़कर
- टीटीवाई का प्रयोग करके
- लिखकर
- संचार बोर्ड का प्रयोग करके
- ठीक से पता नहीं

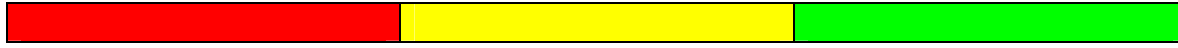
Hindi

How do you best communicate with others?

- Sign language
- Lip read
- Use a TTY
- Write notes
- Use communication board
- Not Sure

क्या आप प्रिस्क्रिप्शन वाले चश्मे पहनते / पहनती हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you wear prescription eye glasses?

No Not sure Yes

क्या आपका चश्मा आपके पास या आपके सामान में है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have your glasses with you or with your belongings?

No Not sure Yes

क्या आपको देखने में परेशानी हो रही है, चश्मा लगाकर भी?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have problems seeing, even with your glasses?

No Not sure Yes

क्या आप सफेद छड़ी का प्रयोग करते / करती हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you use a white cane?

No Not sure Yes

क्या आपकी सफेद छड़ी आपके पास है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have your white cane with you?

No Not sure Yes

सफेद छड़ी होते हुए भी, क्या आपको ईधर-उधर आने-जाने के लिए मदद की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need help getting around, even with your white cane?

No Not sure Yes

क्या आपको चलने-फिरने के लिए मदद की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need help moving around?

No Not sure Yes

क्या आपको बिस्तर पर लेटने या बिस्तर से निकलने के लिए मदद की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need help getting in or out of bed?

No Not sure Yes

क्या आपको कपड़े पहनने के लिए मदद की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need help getting dressed?

No Not sure Yes

क्या आपको बाथरूम का प्रयोग करने के लिए मदद की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need help using the bathroom?

No Not sure Yes

क्या आपको स्नान करने के लिए मदद की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need help bathing?

No Not sure Yes

क्या आपको भोजन करने के लिए मदद की आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need help eating?

No Not sure Yes

क्या आपको भोजन के कौर बनाने के लिए मदद की
आवश्यकता है?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you need help cutting up your food?

No Not sure Yes

क्या आपके साथ परिवार का कोई सदस्य, मित्र या देखभालकर्ता है जो इन गतिविधियों में आपकी मदद करे?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have a family member, friend or caregiver with you to help you with these activities?

No Not sure Yes

क्या आपके कृत्रिम दांत हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have false teeth or dentures?

No Not sure Yes

क्या आपके कृत्रिम दांत आपके साथ हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Do you have your false teeth with you?

No Not sure Yes

क्या आप किसी विशेष खुराक पर हैं?

नहीं ठीक से पता नहीं हां



Hindi

Are you on any special diet?

No Not sure Yes

किस प्रकार की विशेष खुराक?

- मधुमेह
- कम नमक वाली
- गुर्दे संबंधी
- अनाज (ग्लूटेन) रहित भोजन
- शाकाहारी
- कोशेर

Hindi

What type of special diet?

- Diabetes
- Low salt
- Renal diet
- Gluten free diet
- Vegetarian
- Kosher

किस प्रकार की विशेष खुराक?

- नरम भोजन
- निगलने में समस्या होने पर लिए जाने वाले भोजन
- मुझे संक्रमण से बचाने वाला भोजन
- अन्य प्रकार का भोजन जो सूची में नहीं है
- ठीक से पता नहीं

Hindi

What type of special diet?

- Soft foods
- Diet for problems with swallowing
- Diet to protect me from infection
- Other type not on this list
- Not sure

फोन नंबर जिसपर आपसे बात की जा सकती है?

Hindi

Telephone number where you can be reached?

दूसरा फोन नंबर, यदि कोई हो।

Hindi

Another telephone number, if you have one.

ईमेल पता, यदि कोई हो ।

Hindi

Email address, if you have one.

जन्म तिथि

Hindi

Date of birth