

Dear

You have been admitted to our hospital as we are concerned about the possibility of you having a COVID-19 infection. Our team will be assessing you in the ward shortly. To help our team care for you, please answer the following questions, which has been translated into Bengali. If you do not understand any of the questions below, please let us know and we will clarify with you via a translator.

জনাব,

আপনার কোভিড -১৯ সংক্রমণ হওয়ার সম্ভাবনা নিয়ে আমরা উদ্বিগ্ন হওয়ায় আপনাকে হাসপাতালে ভর্তি করা হয়েছে। আমাদের দল শীঘ্রই ওয়ার্ডে আপনাকে মূল্যায়ন করবে।

আমাদের দলকে আপনার যত্নে সহায়তা করতে, দয়া করে নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন, যা বাংলায় অনুবাদ করা হয়েছে। আপনি যদি নীচের কোনও প্রশ্ন বুঝতে না পারেন, দয়া করে আমাদের জানান এবং আমরা একটি অনুবাদকের মাধ্যমে পরিষ্কার করে দেব।

SYMPTOMS উপসর্গ / লক্ষণ

- | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. Fever জ্বর | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 2. Cough কাশি | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 3. Phlegm কফ | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 4. Runny nose সর্দি | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 5. Sore throat গলা ব্যথা | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 6. Loss of smell গন্ধ হ্রাস | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 7. Loss of taste স্বাদ হ্রাস | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 8. Difficulty breathing
শ্বাস নিতে অসুবিধা | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 9. Diarrhoea
পেট খারাপ/পাতলা পায়খানা | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 10. Muscle pain
মাংস-পেশী ব্যথা | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 11. Headache
মাংস-পেশী ব্যথা | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |
| 12. Other symptoms
অন্যান্য লক্ষণগুলি | <input type="checkbox"/> Yes হা | <input type="checkbox"/> No না | Date of onset শুরু তারিখ: _____ |

Please specify, if possible: _____

If you are unable to write it down, we will clarify via a translator.

সম্ভব হলে নির্দিষ্ট করুন। আপনি যদি এটি লিখতে অক্ষম হন তবে আমরা একটি অনুবাদকের মাধ্যমে পরিষ্কার করব।

SOCIAL INFORMATION সামাজিক তথ্য

1. What is your occupation? আপনার পেশা কি?

2. Where is your work place / work site? আপনার কাজের জায়গা কোথায়?

3. Are you staying in a dormitory? আপনি কি একটি কর্মি-আবাসে/বাসায় থাকছেন?
 Yes হা No হা
4. If you stay in a dormitory, what is the name / address? যদি আপনি কর্মি-আবাসে/বাসায় থাকেন তবে নাম / ঠিকানা কী?

5. Where are you staying if you don't stay in a dormitory? আপনি যদি কর্মি-আবাসে/বাসায় না থাকেন তবে আপনি কোথায় আছেন?

TRAVEL HISTORY ভ্রমণ ইতিহাস

1. Did you travel out of Singapore in the past 1 month? আপনি কি গত ১ মাসে সিঙ্গাপুরের বাইরে ভ্রমণ করেছেন?
 Yes হা No হা

Please answer the following if you answered yes to the above.

আপনি উপরের উত্তরটি হ্যাঁ উত্তর দিলে দয়া করে নীচের উত্তরগুলি দিন।

2. Where did you travel to? আপনি কোথায় ভ্রমণ করেছেন?

3. Date you left Singapore কোন তারিখ আপনি সিঙ্গাপুর ছেড়ে গেছেন: _____
4. Date you returned to Singapore কোন তারিখ আপনি সিঙ্গাপুরে ফিরেছেন: _____
5. Were you given a Stay Home Notice (SHN)?
আপনাকে কি বাসায় থাকার নোটিশ দেওয়া হয়েছিল (SHN/এসএইচএন)?
 Yes হা No হা
6. Have you completed your Stay Home Notice (SHN)?
আপনি নিজের বাসায় থাকার নোটিশ (SHN/এসএইচএন) শেষ করেছেন?
 Yes হা No হা

CONTACT HISTORY কোভিড -১৯ কেসের সাথে ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শ/যোগাযোগ ইতিহাস

1. Did you have close contact with a confirmed COVID-19 case?
আপনি নিশ্চিত কোভিড -১৯ কেসের সাথে ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শ/যোগাযোগ করেছেন?
 Yes হা No হা
2. Are you on MOH (Ministry of Health) quarantine order, or on contact tracing list?
আপনি কি এমওএইচ (স্বাস্থ্য মন্ত্রনালয়) কোয়ারানটাইন অর্ডারে, বা সংস্পর্শ/যোগাযোগের তালিকার তালিকায় আছেন?
 Yes হা No হা