

BORANG MENGENALPASTI ISU ATAU MASALAH KLIEN

**SILA TANDAKAN (/) PADA MANA-MANA ISU (CABARAN / MASALAH) DI BAWAH INI
YANG BERKAITAN DENGAN DIRI ANDA**

- | | | |
|----------------|--|--|
| 1. KERJAYA : | <input type="checkbox"/> Perancangan Kerjaya
<input type="checkbox"/> Pengurusan Kerjaya
<input type="checkbox"/> Hubungan Rakan Kerja
<input type="checkbox"/> Hubungan Pihak Atasan
<input type="checkbox"/> Kurang Berminat / Ceria | <input type="checkbox"/> Kurang Bermotivasi
<input type="checkbox"/> Suka Menangguh Kerja
<input type="checkbox"/> Sikap Kesempurnaan Yang Melampau
<input type="checkbox"/> Lain-lain Nyatakan : _____ |
| 2. KELUARGA : | <input type="checkbox"/> Hubungan Suami Isteri
<input type="checkbox"/> Hubungan Anak-Anak
<input type="checkbox"/> Pihak Ketiga (Mertua, Menantu, Ibu Bapa) | <input type="checkbox"/> Perpisahan / Penceraian
<input type="checkbox"/> Lain-Lain Nyatakan : _____ |
| 3. KESIHATAN : | <input type="checkbox"/> Selera Makan
<input type="checkbox"/> Gastrik
<input type="checkbox"/> Sakit Kepala
<input type="checkbox"/> Sakit Pinggang / Belakang | <input type="checkbox"/> Sering Mual (nausea)
<input type="checkbox"/> Selalu Berdebar, Cemas
<input type="checkbox"/> Penat / Letih / Lesu
<input type="checkbox"/> Lain-Lain Nyatakan : _____ |
| 4. EMOSI : | <input type="checkbox"/> Malu
<input type="checkbox"/> Bimbang
<input type="checkbox"/> Marah
<input type="checkbox"/> Kesunyian
<input type="checkbox"/> Kemurungan | <input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Mimpi Ngeri
<input type="checkbox"/> Kurang Yakin
<input type="checkbox"/> Lain-lain Nyatakan : _____ |
| 5. PEMIKIRAN : | <input type="checkbox"/> Ingatan
<input type="checkbox"/> Membuat Keputusan
<input type="checkbox"/> Penumpuan
<input type="checkbox"/> Kecelaruan | <input type="checkbox"/> Berkhayal Jauh (Day-Dreaming)
<input type="checkbox"/> Terfikir Untuk Bunuh Diri
<input type="checkbox"/> Lain-Lain Nyatakan : _____ |

6. TINGKAHLAKU : Ketagihan : Nyatakan : _____
 Melakukan Keganasan :
 Pada Diri Sendiri
 Pada Orang Lain
 Sikap Tingkahlaku Melampau
 Lain-lain
Nyatakan : _____

7. LAIN-LAIN : Hal-Hal Berkaitan Dengan Perundangan
 Hal-Hal Berkaitan Dengan Kewangan

Adakah Isu - Isu Tersebut Mengganggu :-

- Kehidupan Anda
 Kegiatan Seharian Anda
 Perhubungan Sosial Anda
 Tabiat Makan Anda
 Tabiat Tidur Anda

Adakah anda pernah mendapatkan khidmat kaunseling / pakar psikologi sebelum ini ?

- Ya Tidak

Saya mengambil maklum bahawa segala maklumat yang diberikan sepanjang sesi kaunseling ini adalah dianggap **RAHSIA** kecuali dengan izin saya. Saya juga faham bahawa kaunselor, juga mempunyai hak Walaubagaimanapun, hak kerahsiaan saya sebagai klien akan diutamakan.

Tandatangan Klien

Tarikh