BORANG KEMASUKAN

Tarikh Temu bual:_____ Nama Mentor: _____

Latar Belakang

Nama: _____ Jantina: ☐ Lelaki ☐ Perempuan
Tarikh Lahir: _____ Umur: _____ No. Kad Pengenalan: _____
Telefon No.: (Pej): _____ (R): _____ (H/P): _____
Alamat Rumah: _____
_____
Alamat Tetap: _____
_____

Bangsa: ☐ Melayu ☐ Cina ☐ India ☐ Lain-Lain: _____

Agama: ☐ Islam ☐ Buddhism ☐ Taoism ☐ Hinduism
☐ Kristian ☐ Hinduism ☐ Tiada ☐ Lain-Lain: _____

Tahap Pendidikan: ☐ Sekolah Rendah ☐ Sekolah Menengah
☐ Sekolah Vokasional ☐ Pra-Universiti
☐ Pelajar USM: ○ Sarjana Muda ○ Sarjana ○ Ph.D
☐ Universiti ☐ Lain-Lain :_____

Status Perkahwinan: ☐ Bujang ☐ Berkahwin ☐ Bercerai ☐ Balu/Janda

Rujukan: ☐ Sendiri ☐ Kawan/Rakan Sekerja ☐ Keluarga/Sanak Saudara
☐ Pihak Pentadbir ☐ Pegawai Jabatan ☐ Institusi Agama
☐ Doktor ☐ Peguam/Mahkamah ☐ Kaunselor/Ahli Psikologi
☐ Pusat Hal Ehwal Pelajar ☐ Pusat Kaunseling
☐ Dekan/Timbalan Dekan ☐ Badan Bukan Kerajaan
☐ Lain-Lain: _____

Orang yang dihubungi semasa kecemasan:
Nama: _____ Perhubungan: _____
Telefon No.: (Pej): _____ (R): _____ (H/P): _____
Alamat: _____
_____

Maklumat orang yang tinggal bersama anda:

Bil.	Nama	Hubungan	Umur

Nama pusat pengajian/jabatan yang kini berkhidmat/belajar: _____
_____

Tempoh masa berkhidmat di tempat sekarang: _____ bulan _____ tahun

Pendapatan: ☐ RM1000 ke bawah ☐ RM1001-RM1500 ☐ RM1501-RM2000
☐ RM 2001-RM2500 ☐ RM2501-RM3000 ☐ RM3001 ke atas

Biasiswa pelajaran:
☐ Ada tajaan (nama biasiswa): _____
☐ Tiada tajaan

<u>Rekod Kesihatan</u>

Sila tandakan ☑ pada jawapan yang berkenaan.

☐ Masalah Alkohol ☐ Masalah Penagihan Dadah ☐ *Bulimia/Anorexia*
☐ Kerisauan ☐ Kemurungan ☐ *Schizoprenia*
☐ Masalah Pembelajaran ☐ Masalah Pertuturan ☐ Masalah Pendengaran
☐ *Hepatitis* ☐ *Chicken pox* ☐ *Measles*
☐ Kecederaan kepala ☐ *Rheumatic fever* ☐ *Thyroid Problems*
☐ *Whooping Cough* ☐ *Hernia* ☐ Kanser/*Tumor* ☐ *Poliomyelitis*
☐ *Sinus Problems* ☐ *Food Intolerance* ☐ *Epilepsy* ☐ *Bronchitis*
☐ *Typhoid Fever* ☐ *Asthma* ☐ *Mumps* ☐ *Tuberculoses* ☐ *Special Diets*
☐ *Appendicitis* ☐ *Hypertension* ☐ *Stroke* ☐ *Anemia* ☐ *Kidney Disease*
☐ *Diabetes* ☐ *Smallpox* ☐ *Tonsillitis* ☐ *Pregnancy*
☐ *Heart Palpitations* ☐ *Pneumonia* ☐ *Neurological Disease*
☐ Lain-Lain: _____

Masalah *Gastrointestinal:* _____

Penambahan/Pengurangan berat badan yang signifikan: _____

Alergi (makanan, ubat, lain-lain): _____

HIV Positif: ☐ Ya ☐ Berapa lama? _____

☐ Tidak

Pernahkah anda mengalami situasi seperti berikut?

☐ Pening ☐ Sakit Kepala ☐ Penat ☐ *Fainting Spells* ☐ Masalah Ingatan

☐ Kesakitan *Abdominal* ☐ Perubahan Selera Makan

☐ *Bed Wetting* ☐ *Frequent Urination* ☐ Masalah *Menstrual* ☐ *Constipation*

☐ Cirit Birit

☐ Sakit Dada ☐Masalah Pernafasan ☐ *Nausea* ☐ *Selsema*

☐ Sakit Keronkong ☐ Batuk

☐ *Nosebleeds* ☐ Sakit Gigi ☐ Muntah ☐ Jangkitan Telinga

☐ Masalah Kelihatan ☐ Kekebasan (*Numbness*)

Pernahkah anda menjalankan pembedahan?

☐ Ya Bila? _____ Sebab: _____

☐ Tidak pernah

Pernahkah anda dimasukkan hospital?

☐ Ya Bila? _____ Sebab: _____

☐ Tidak pernah

Pernahkah anda mengalami masalah psikiatrik/emosi?

☐ Ya Bila? _____ Status sekarang:_____

☐ Tidak pernah

Adakah anda menggunakan:

	Tempoh Pengambilan	Jumlah yang digunakan
Alkohol?	_____	_____
Merokok?	_____	_____
Ubat yang tidak ditetapkan oleh doktor?	_____	_____

Pernahkah anda berfikir untuk bunuh diri baru-baru ini?

☐ Ya, sering kali ☐ Ya, kadang kala ☐ Tidak pernah

Pernahkah anda menerima perkhidmatan kaunseling/psikoterapi baru-baru ini?

☐ Ya Bila? _____ Di mana? _____

Dengan siapa? _____

☐ Tidak pernah

Pernahkah anda berjumpa dengan ahli psikiatrik/ahli psikologi?

☐ Ya Bila? _____ Di mana? _____

Dengan Siapa? _____

☐ Tidak pernah

Pernahkah anda menjalankan penilaian psikologi?

☐ Ya Bila? _____ Di mana? _____

Dengan Siapa? _____

☐ Tidak pernah

Status Undang-Undang

Pernahkah anda terlibat dalam prosidur mahkamah?

☐ Ya Sebab: _____

☐ Tidak pernah

Tandatangan orang yang mengisi borang ini:

_____

Nama: _____

Tarikh: _____