



JABATAN / CAWANGAN : _____

LAPORAN SESI BIMBINGAN PERTAMA

Nama	:			
No. K/P	:		Tarikh	:
*Masa Mula	:	hingga	*Bil. Sesi	:

1. *Jenis Masalah (Tandakan X pada ruang dibawah)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kerjaya | <input type="checkbox"/> Kewangan |
| <input type="checkbox"/> Kesihatan dan Perkembangan Fizikal | <input type="checkbox"/> Psikopatologi |
| <input type="checkbox"/> Keluarga | <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Bahan |
| <input type="checkbox"/> Ketidakfungsian Eksekutif | <input type="checkbox"/> Pembangunan Diri |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Seksual | <input type="checkbox"/> Psikososial |

2. *Masalah Utama

3. Latar Belakang Kes

SULIT

4. ***Situasi Semasa**

5. **Sejarah Kesihatan Fizikal/ Psikologi**

6. ***Cadangan**

7. **Catatan**

a) Sesi akan datang (jika perlu) :

b) Perlu ujian : Ya/ Tidak

c) Lain-Lain :

***Tandatangan AKRAB**

***Tarikh**

* Mandatori (maklumat yang wajib diisi).