

**UNIT KAUNSELING DAN KERJA SOSIAL PERUBATAN   
HOSPITAL PENGAJAR UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
  
BORANG RUJUKAN KAUNSELING**  
(Sila isikan borang dengan lengkap)

|  |
| --- |
| 1. **BUTIRAN KLIEN YANG DIRUJUK (Diisi oleh pegawai yang merujuk)** |
| Nama: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tarikh Lahir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Umur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No. KP/Sijil Kelahiran: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jantina: \_\_\_\_\_\_ Agama: \_\_\_\_\_\_\_\_ Bangsa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alamat Tempat Tinggal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No. Telefon Rumah/Bimbit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MRN Hospital (Jika berkenaan): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kategori Klien: Staf Pesakit Waris Pesakit Lain-lain  Status Perkahwinan: Bujang Berkahwin Janda/Duda/Balu Ibu Tunggal/Tinggal  Warganegara : Warganegara Bukan Warganegara |
| 1. **MAKLUMAN KEPADA KLIEN** |
| Klien telah dimaklumkan **SECARA BERTULIS/VERBAL\*** bawah kes beliau dirujuk untuk Sesi Kaunseling.  Ya Tidak |
| 1. **TUJUAN RUJUKAN (Tandakan (✓) dalam petak yang berkenaan)** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ISU YANG DIHADAPI:** | |  |  | | Sahsiah/Personaliti | Disiplin/Tatatertib | Keluarga | Perkahwinan | | Kerjaya | Tekanan | Spiritual/Moral | Kesihatan | | Ujian Psikologi | Kewangan | Sosial |  | | Abnormal (Kecelaruan Pemikiran/Tingkah Laku) | | |  | | Lain-lain (sila nyatakan): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | | |   **PENYATAAN ISU (Sila nyatakan secara ringkas dan padat):**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| 1. **PENGESAHAN OLEH PEGAWAI YANG MERUJUK** |
| Dengan ini, saya mengesahkan bahawa maklumat yang diberi tentang klien yang dirujuk adalah **BENAR.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Tandatangan)  Nama Penuh :  Cop & Jawatan:  No. Tel :  Emel :  Tarikh : |
| 1. **UNTUK KEGUNAAN PEJABAT** |
| Tarikh Terima Kes Rujukan :  Tarikh Respon Kepada Perujuk: Tarikh Tindakan Diambil :  Catatan (jika ada):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Tandatangan Pegawai Psikologi)  Nama Penuh :  Cop & Jawatan:  Tarikh : |

\* potong yang mana tidak berkenaan