

MINDFUL INSIGHTS

Psy Name:

Date: / / Time:

Information

Name			
Client ID		Sex	
Age		Occupation	
Address			
Reasons for referral			
Contact			

ক্লাইন্টের প্রয়োজ্য বিষয়গুলোর পাশে টিক দিন	
<input type="checkbox"/> মন খারাপ <input type="checkbox"/> ঘুম খুব কম/বেশী হয় <input type="checkbox"/> কাজে অনাগ্রহ <input type="checkbox"/> কোন কাজে মনোযোগ দিতে না পারা <input type="checkbox"/> পরীক্ষাভীতি <input type="checkbox"/> অতিরিক্ত রাগ <input type="checkbox"/> তীব্র মানসিক আঘাত <input type="checkbox"/> অতিরিক্ত/খুব কম খাবার খাওয়া	<input type="checkbox"/> ধূমপান/মাদক গ্রহণ এর অভ্যাস আছে <input type="checkbox"/> সম্পর্কের অবনতি <input type="checkbox"/> অস্থিরতা <input type="checkbox"/> সিদ্ধান্তহীনতা <input type="checkbox"/> আত্মহত্যার চিন্তা <input type="checkbox"/> সামাজিক দক্ষতার অভাব <input type="checkbox"/> দূশ্চিন্তা <input type="checkbox"/> মানসিক চাপ
অন্যান্য :	

আগে কখনো কাউন্সিলিং সেবা নিয়েছেন?	কোন ধরনের সেবা নিতে চাচ্ছেন?
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত কাউন্সিলিং <input type="checkbox"/> গ্রুপ কাউন্সিলিং <input type="checkbox"/> মানসিক অবস্থা যাচাই

<u>Tips/Tools</u>	<u>Diagnosis</u>