

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ

ຊື່ຂອງເດັກ:	ເລກກໍລະນີ:
ຊື່ຂອງພະນັກງານກຳກັບເລື່ອງ:	ຊື່ຂອງອົງການ:

ຄຳແນະນຳໃນການປະກອບຟອມ:

- ຂຽນໃຫ້ຊັດເຈນ - ໃຊ້ນ້ຳເນີກ.
- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນທຸກຂໍ້. ຖ້າຫາກ ທ່ານບໍ່ຮູ້ຄຳຕອບໃນຂໍ້ໃດໜຶ່ງ, ໃຫ້ບອກວ່າ "ບໍ່ຮູ້".
- ແບບຟອມ AD 67 ແມ່ນແບບງອກເປັນສອງພາກສ່ວນ. ພາກສ່ວນທີ I ປະກອບດ້ວຍຂໍ້ມູນ "ທີ່ບົ່ງເຖິງຕົວບຸກຄົນ" ແລະຈະຖືກເກັບເປັນຄວາມລັບ. ບໍ່ມີຂໍ້ມູນໃດໃນນີ້ທີ່ຈະຖືກເອົາໃຫ້ແກ່ເດັກທີ່ຈະຖືກເອົາໄປລ້ຽງເປັນລູກ ຫຼື ພໍ່ແມ່ບຸນທຳຂອງເດັກ ເວັ້ນແຕ່ວ່າ ທ່ານໄດ້ໃຫ້ຄຳອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ເຮັດໄດ້. ພາກສ່ວນທີ II ປະກອບດ້ວຍຂໍ້ມູນ "ທີ່ບໍ່ລະບຸເຖິງຕົວບຸກຄົນ". ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຮັບເອົາເດັກມາລ້ຽງເປັນລູກບຸນທຳ ຮັຖຄາລິຟໍເນີຽ ກຳນົດວ່າ ສຳເນົາຂອງພາກສ່ວນທີ II ຊຶ່ງກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນດ້ານການແພດ, ດ້ານຈິດ ແລະສັງຄົມ ຈະຕ້ອງໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ພໍ່ແມ່ບຸນທຳກ່ອນທີ່ຈະມີຄຳພິພາກສາສຸດທ້າຍ ແລະ ເມື່ອມີຄຳຮຽກຮອງທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງລູກບຸນທຳ ເມື່ອລາວອາຍຸຮອດ 18 ປີ.

ພາກສ່ວນທີ I — ຂໍ້ມູນທີ່ບົ່ງເຖິງຕົວບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວກັບແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ

A. ຊື່/ທີ່ຢູ່:

ຊື່ຂອງແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ນາມສະກຸນເກົ່າກ່ອນແຕ່ງວງານ	ຊື່ອື່ນໆ
ເລກປະກັນສັງຄົມ	ເລກໃບອະນຸຍາດຮັບຮິດ	ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ, ວັນ, ປີ)
ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ຮັຖ, ລະຫັດໄປສະນີ)	ສະຖານທີ່ເກີດ (ເມືອງ, ຮັຖ, ປະເທດ)	
ທີ່ຢູ່ຖາວອນທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ຮັຖ, ລະຫັດໄປສະນີ) *	ເລກໂທລະສັບຖາວອນ ()	
ຂໍ້ຈຳກັດສຳລັບການນຳໃຊ້ທີ່ຢູ່ຖາວອນທາງໄປສະນີ. ຖ້າວ່າມີ		

B. ພໍ່ແມ່ຂອງແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ - (ພໍ່ແມ່ຜູ້ທີ່ລ້ຽງທ່ານມາ)

ຊື່ຂອງແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ຂອງແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)
ທີ່ຢູ່ ຖະໜົນ, ເມືອງ	ທີ່ຢູ່ ຖະໜົນ, ເມືອງ
ຮັຖ, ລະຫັດໄປສະນີ	ຮັຖ, ລະຫັດໄປສະນີ
ແມ່ຂອງທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການຍົກລູກໃຫ້ຜູ້ອື່ນເອົາໄປລ້ຽງເປັນລູກບຸນທຳນີ້ບໍ່?	ພໍ່ຂອງທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການຍົກລູກໃຫ້ຜູ້ອື່ນເອົາໄປລ້ຽງເປັນລູກບຸນທຳນີ້ບໍ່?
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້
ຖ້າຫາກໃນອະນາຄົດ ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຕິດຕໍ່ທ່ານ, ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ແມ່ຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ແມ່ນບໍ່?	ຖ້າຫາກໃນອະນາຄົດ ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຕິດຕໍ່ທ່ານ, ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ພໍ່ຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ແມ່ນບໍ່?
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

C. ຄວາມເປັນພໍ່ແມ່ຂອງເດັກທີ່ຍັງບໍ່ຮອດກະສຽນເປັນຜູ້ໃຫຍ່:

ຊື່ແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດຂອງເດັກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເບີໂທລະສັບຖາວອນ ເລກ (ລະຫັດໄປສະນີ)
ທີ່ຢູ່ຫຼ້າສຸດ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ຮັຖ, ປະເທດ ຖ້າຫາກຢູ່ນອກສະຫະຣັດ)	

D. ສະຖານະການແຕ່ງວງານ:

1. ດຽວນີ້ ທ່ານໄດ້ແຕ່ງວງານແລ້ວແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າແມ່ນ, ສາມາດອະທິບາຍເຊິ່ງ?

ທີ່ຢູ່ຂອງລາວແມ່ນຫຍັງ? _____

ໃບອະນຸຍາດການແຕ່ງວງານໃນປັດຈຸບັນແມ່ນກັບຮັກສາຢູ່ທີ່ (ເມືອງ, ຄາວຕີ້, ຮັຖ) _____

ສະຖານທີ່ຈາກສະບຽນແຕ່ງວງານ (ເມືອງ, ຄາວຕີ້, ຮັຖ) _____

ວັນທີຂອງການແຕ່ງວງານ (ເດືອນ, ວັນ, ປີ) _____

* ໝາຍເຫດ: ມັນສຳຄັນທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທາງກະຊວງປະຊາສົ່ງເຄາະຮູ້ເຖິງການປ່ຽນແປງໃດໆ ກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່ຖາວອນທາງໄປສະນີຂອງທ່ານ.

2. ທ່ານເຄີຍມີການແຕ່ງວງກັບຜູ້ອື່ນອີກບໍ່? ເຄີຍ ບໍ່ເຄີຍ ຖ້າວ່າມີ, ຂໍໃຫ້ຕອບຫົວຂໍ້ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່ຂອງສາມີ ຫຼື ພັນລາຍເກົ່າ	ຈັດທະບຽນແຕ່ງວງມາໃສ່	ວັນທີ ແລະ ສະຖານທີ່ແຕ່ງວງ	ວັນທີ ແລະ ສະຖານທີ່ທີ່ ຢ່າຮ້າງ	ຖ້າຫາກ ສາມີ ຫຼື ພັນລາຍເສຍຊີວິດ, ໃຫ້ບອກວັນທີ ແລະ ສະຖານທີ່ເສຍຊີວິດ	ຈຳນວນເດັກທີ່ເກີດຈາກ ການແຕ່ງວງຄັ້ງນັ້ນ
1.					
2.					
3.					

E. ລູກອື່ນໆ:

ທ່ານມີລູກຄົນອື່ນອີກບ່ອນອາຈາກເດັກທີ່ກຳລັງຖືກເອົາໄປລ້ຽງເປັນລູກບຸນທ່ານນີ້? ຈື ບໍ່ຊື
 ຖ້າວ່າມີ, ໃຫ້ປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ຫົວຂໍ້ຕໍ່ໄປນີ້.

ຈຳນວນຂອງເດັກ	ເພດ ຊ ຍ	ໝາຍ (Y) ຖ້າວ່າມີສາຍເລືອດກຽມພ້ອມກັບເດັກທີ່ຈະຖືກເອົາໄປລ້ຽງເດີມສາຍເລືອດເຄິ່ງໜຶ່ງ	ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເດັກ	ໃຜກຳລັງດູແລເດັກຄົນນີ້ຢູ່? (ໃຫ້ບອກຄວາມສຳພັນຂອງຜູ້ເບິ່ງແຍງທີ່ມີຕໍ່ເດັກ)
1.				
2.				
3.				
4.				

F. ປະຫວັດການມີເຊື້ອສາຍອາເມລິກັນອິນດຽນແດງ:

ມີໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ ບໍ່ວ່າຈະເປັນຜູ້ນຳທາງແມ່ ຫຼື ທາງພໍ່ຂອງທ່ານ ທີ່ມີເຊື້ອສາຍຊາວອາເມລິກັນ ອິນດຽນແດງ ບໍ່? ຈື ບໍ່ຊື
 ຖ້າວ່າມີ, ໃຫ້ປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ໃນຟອມທີ່ເໝາະສົມ (JV-135/ADOPT-226)

ຖ້າວ່າມີ, ຊົນເຜົ່າຫຍັງ ສະຖານທີ່ຕັ້ງຂອງຊົນເຜົ່ານີ້ຢູ່ໃສ
 ທ່ານ ຫຼື ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ ໃນປັດຈຸບັນນີ້ ໄດ້ລົງທະບຽນກັບຊົນເຜົ່າ ຫຼື ມີບັນພະບູລຸດຄົນໃດບໍ່ ທີ່ເຄີຍລົງທະບຽນເຂົ້າໃນຊົນເຜົ່າ? ຈື ບໍ່ຊື

ຖ້າວ່າມີ, ໝາຍເລກລົງທະບຽນຂອງທ່ານ ຫຼື ຂອງເຂົາເຈົ້າ ແມ່ນຫຍັງ
 ທ່ານ, ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ, ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າຂອງທ່ານ ຫຼື ບັນພະບູລຸດຄົນໃດໆ ໄດ້ເຄີຍມີໃບຢັ້ງຢືນການມີລະດັບສາຍເລືອດຂອງຊົນເຜົ່າອິນດຽນແດງ (CDIB) ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າມີ, ກະຣຸນາຄັດຕິດສຳເນົາຂອງ CDIB ມາພ້ອມຄຳຖາມຂໍ້ນີ້.

G. ການໃຫ້ຄຳບືກສາດຳນິຈິດໃຈ:

ທ່ານເຄີຍໄປຫາໝໍໂຮກຈິດ, ໝໍບຳບັດທາງຈິດ, ພະນັກງານສັງຄົມສິ່ງເຄາະດ້ານການແພດ, ນັກບຳບັດດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ດ້ານຜິດຕິກຳ ເນື່ອງຈາກບັນດາດ້ານອາລົມທາງຈິດ ຫຼື ຜິດຕິກຳ ຊຶ່ງທ່ານອາດເຄີຍມີ ບໍ່? ເຄີຍ ບໍ່ເຄີຍ
 ຖ້າວ່າມີ, ປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ຫົວຂໍ້ຕໍ່ໄປນີ້.

ວັນທີ ແລະ ເຂດທີ່ສຳລັບການປິ່ນປົວ:

ຊື່ຂອງນັກບຳບັດ ແລະ ຫຼື ອົງການທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວ:	ສະຖານທີ່:
--	-----------

ໃຫ້ບອກຊື່ຢ່າຕ່າງໆ ທີ່ທ່ານກຳໃຈໃນລະຫວ່າງການປິ່ນປົວ:

ເຫດຜົນສຳລັບການຢຸດການປິ່ນປົວ ຖ້າວ່າບໍ່ໄດ້ປິ່ນປົວອີກຕໍ່ໄປແລ້ວ:

H. ຄຳຖາມກ່ຽວກັບການຮັບເດັກເປັນລູກບຸນທ່ານ: (ສຳລັບການຮັບເດັກເປັນລູກບຸນທ່ານແບບເປັນອິດສະຫຼະເທົ່ານັ້ນ)

- ທ່ານມີທະນາຍຄວາມເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການຮັບເດັກເປັນລູກບຸນທ່ານແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານຍັງແມ່ນທະນາຍຄວາມສຳລັບພໍ່ແມ່ທີ່ຮັບເດັກມາລ້ຽງເປັນລູກແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ບໍ່ຮູ້
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການຕັ້ງແຕ່ງອື່ນ, ການເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດລູກ, ແລະ ການຄອດລູກນັ້ນ ຈ່າຍແນວໃດ?
- ພໍ່ແມ່ທີ່ຮັບເດັກມາລ້ຽງເປັນລູກນັ້ນເປັນຜູ້ຈ່າຍສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳເນີນຊີວິດໃດໆ ຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ເທົ່າໃດ?
- ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຮັບເດັກເປັນລູກບຸນທ່ານແຕ່ງຮັຖຄາລິຟໍເນັຽ ກຳນົດວ່າ ພໍ່ແມ່ທີ່ໃຫ້ກຳເນີດເດັກ ຊຶ່ງເປັນຜູ້ຍົກລູກໃຫ້ຜູ້ອື່ນເອົາໄປລ້ຽງນັ້ນຕ້ອງມີຄວາມຮູ້ສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ກ່ຽວກັບພໍ່ແມ່ທີ່ຈະເປັນຜູ້ຮັບເອົາເດັກໄປລ້ຽງເປັນລູກໃນແງຕາງໆ: ຊື່ທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຂອງເຂົາເຈົ້າ; ອາຍຸ; ສາສະໜາ; ເຊື້ອຊາດ ຫຼື ຊົນເຜົ່າ; ລະຍະເວລາຂອງການແຕ່ງວງຢູ່ກັນກັນໃນປັດຈຸບັນ; ວຽກງານຂອງເຂົາເຈົ້າ; ມີເດັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນໆ ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງເຂົາເຈົ້າຫຼືບໍ່; ມີລູກຜູ້ອື່ນໆທີ່ບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ເຂົາເຈົ້າມີພັນທະຕ່າງໆ ໄດ້ຈ່າຍຄ່າລຽງດູສຳລັບເດັກເຫຼົ່ານັ້ນຫຼືບໍ່ ແລະ ວ່າ ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຈ່າຍຄ່າລຽງດູລູກນັ້ນຄົບຖ້ວນຄັ້ງ ຫຼືບໍ່; ເຂົາເຈົ້າມີສະພາບເງື່ອນໄຂທາງສຸຂະພາບທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ເຂົາເຈົ້າມີຊີວິດສັ້ນລົງຫຼືບໍ່, ຫຼື ບອກຫຼຽງກ່ຽວກັບກິດຈະກຳປະຈຳວັນຂອງເຂົາເຈົ້າ; ມີຄວາມຜິດທາງອາຊະຍາກຳໃດໆທີ່ບັນອກຈາກການຝ່າຝືນກິດຈະກຳຈອນແບບເລັກໆນອນໆ; ເຄີຍມີປະຫວັດວ່າຖືກລະວັບບໍ່ໃຫ້ດູແລເດັກເນື່ອງຈາກມີການຂົ່ມເຫັງທຳຮາຍ ຫຼື ປະລະເດັກ ຫຼືບໍ່; ແລະ ເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສທົ່ວໄປຂອງເຂົາເຈົ້າ, ຫຼື ຖາຫາກ ຮອງຂໍ, ທີ່ຢູ່ຂອງເຂົາເຈົ້າ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ທ່ານມີຢ່າງໜ້ອຍຂໍ້ມູນນີ້ກ່ຽວກັບພໍ່ແມ່ທີ່ຈະຮັບເອົາເດັກມາລ້ຽງເປັນລູກ ຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຫຍັງບໍ່ທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ຫຼື ຢາກໂດ້ກ່ຽວກັບພໍ່ແມ່ທີ່ຈະຮັບເອົາເດັກໄປລ້ຽງນັ້ນ?
- ທ່ານເຄີຍໄດ້ພົບປະກັບພໍ່ແມ່ທີ່ຈະຮັບເອົາເດັກໄປລ້ຽງເປັນລູກບໍ່?
- ຖ້າວ່າເຄີຍ, ທ່ານຮູ້ຈັກເຂົາເຈົ້າດີປານໃດ?

ລາຍເຊັນຂອງແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດເດັກ	ວັນທີທີ່ປະກອບຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນ
-------------------------------	----------------------------

ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ຖືກຈັດຫາໃຫ້ໂດຍ: (ໝາຍໃສ່ກ່ອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)
 ແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດເດັກ ພໍ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ ຜູ້ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)

ຊື່ຂອງເດັກ:	ເລກກໍລະນີ:
ຊື່ຂອງພະນັກງານກຳກັບເລື່ອງ:	ຊື່ຂອງອົງການ:

ພາກທີ II — ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ສາມາດລະບຸເຖິງໂຕບຸກຄົນກ່ຽວກັບແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ
 ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກເອົາໃຫ້ແກ່ແມ່ແມ່ທີ່ຈະຮັບເອົາເດັກໄປລ້ຽງເປັນລູກ ແລະຈະມີໄວ້ໃຫ້ລູກຂອງທ່ານດ້ວຍ. ກະຮຸນາອ່ານຄຳຖາມທັງໝົດໃຫ້ຄົບຖ້ວນຫຼາຍເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ພາກທີ I — ລັກສະນະຂອງແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດໃນເວລາທີ່ເດັກເກີດ

A. ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ ແລະ ລາຍລະອຽດດ້ານກາຍະພາບ:

ຄວາມສູງ	ນ້ຳໜັກປົກກະຕິ	ສີຕາ	ສີຜິວ	ສີຜົມຕາມທຳມະຊາດ	ລັກສະນະເສັ້ນຜົມຕາມທຳມະຊາດ (ໝາຍຫຼວງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) <input type="checkbox"/> ລະອຽດ <input type="checkbox"/> ໝາປານກາງ <input type="checkbox"/> ຜົມຫຍາບ <input type="checkbox"/> ເສັ້ນຕົງ <input type="checkbox"/> ເປັນຂັ້ນ <input type="checkbox"/> ຜົມງໍ <input type="checkbox"/> ຫົວລ້ານ
ວັນເກີດ (ປະເທີກນັ້ນ)	ສະຖານທີ່ເກີດ (ນອກຊີຣີເທົ່າກັບ)	ຊະນິດຂອງເລືອດ	ປັດໃຈ RH	ປະເພດຮ່າງກາຍ <input type="checkbox"/> ກະດູກນ້ອຍ <input type="checkbox"/> ກະດູກໃຫຍ່ປານກາງ <input type="checkbox"/> ກະດູກໃຫຍ່	ທ່ານເປັນຄົນຖະໜົນຂວາແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ຖະໜົນຊ້າຍແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/>

ເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າ
 ຄົນຂາວ ຮິສແປນິກ ຜິລິບປິນ ຄົນດຳ ອາຊີ ຫຼື ຊາວແປຊີຟິກ ໄອແລນເດີ
 ອາເມລິກັນອິນດຽນແດງ ຫຼື ຊາວຜື້ນເນືອງອາລາສະກ້າ (ລະບຸ) _____
 ຖ້າຫາກເປັນອາເມລິກັນອິນດຽນແດງ ຫຼື ຊາວຜື້ນເນືອງອາລາສະກ້າ, ກະຮຸນາລະບຸຊື່ຂອງເຜົ່າແລະລະດັບຂອງສາຍເລືອດອິນດຽນແດງ (ຖ້າຫາກວ່າຮູ້) _____

ການສືບເຊື້ອສາຍສະເພາະ (ຕົວຢ່າງ: ໄອຣິຊ, ຝະລັ່ງ, ເຢຍລະມັນ, ຈີນ, ແມັກຊິກັນ, ໂນເອີເຊັງ)

B. ການສຶກສາ:

ລະດັບຄຸ້ນລຽນຫຼ້າສຸດທີ່ລຽນຈົບ	ປັດຈຸບັນເຂົ້າໂຮງຮຽນແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ລະດັບເກຣດປົກກະຕິໃນໂຮງຮຽນ	ການຝຶກອົບຮົມອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບ
------------------------------	---	--------------------------	----------------------------

ກິດຈະກຳທາງການສຶກສາພິເສດ

ວິຊາທີ່ສົນໃຈຮຽນ

C. ອາຊີບ:

ອາຊີບໃນປັດຈຸບັນ	ເຮັດດົນປານໃດ?	ອາຊີບປົກກະຕິ?
-----------------	---------------	---------------

ເປົ້າໝາຍທາງອາຊີບຂອງທ່ານອີກທັງໝົດ? (ຕົວຢ່າງ: ເພື່ອເປັນສູນ, ຊ່າງອາວຸດໂລຫະ, ພະນັກງານຂາຍ)

D. ລັກສະນະນິສັຍສ່ວນຕົວ:

ຈິ່ງບັນຍາຍລັກສະນະນິສັຍສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ໃນແງ່ຂອງ ພຶດຕິກຳ ຫຼື ນິສັຍທົ່ວໄປ, ທັດສະນະຄະຕິ, ອາລົມ, ກິດຈະກຳທີ່ທ່ານມັກເຂົ້າຮ່ວມ, ປະເພດຂອງຜູ້ຄົນທີ່ທ່ານມັກໄປສົ່ງສັນນຳ, ອື່ນໆ.

ບັນຍາຍຄວາມສາມາດພິເສດ ຫຼື ພອນສະຫວັນ, ວຽກທີ່ມັກເຮັດເວລາຫວ່າງ ແລະ ເປົ້າໝາຍໃນຊີວິດ.

ບັນຍາຍວ່າ ຕອນເປັນເດັກທ່ານເປັນແນວໃດ.

F. ປະຫວັດການມີປະຈຳເດືອນຂອງແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ ແລະປະຫວັດການຖືພາສຳລັບເດັກຄົນນີ້:

1. ປະຫວັດການມີປະຈຳເດືອນ	ທ່ານເລີ່ມມີປະຈຳເດືອນຕອນອາຍຸເທົ່າໃດ?	ລະຍະຍົກກະຕິຂອງປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານແມ່ນຈຳນີ້?	ທ່ານມີປະຈຳເດືອນປົກກະຕິບໍ່?	ຈຳນວນວັນຂອງປະຈຳເດືອນ
			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານມີບັນຫາໃດໆບໍ່?	ແມ່ຂອງທ່ານໄດ້ກິນຢາ DES ບໍ່ໃນເວລາທີ່ຕັ້ງໜ້ອຍທ່ານ?			
<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຖ້າວ່າມີ, ຈົ່ງອະທິບາຍ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້			
2. ການຖືພາຄັ້ງນີ້:	ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງໝໍຊ່ວຍຊາກກ່ຽວກັບຜູ້ຍິງຖືພາແລະການເອົາລູກອອກ ຊື່ງເປັນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງທ່ານກ່ອນທ່ານອອກລູກ			
	ຊື່ຂອງໝໍຊ່ວຍຊາກກ່ຽວກັບຜູ້ຍິງຖືພາແລະການເອົາລູກອອກ ທີ່ຢູ່ _____ ຖະໜົນ _____ ເມືອງ, _____ ຮັຖ _____ ລະຫັດໂປລະນີ			
ການເບິ່ງແຍງກ່ອນອອກລູກເລີ່ມເນື້ອໃດ?	ທ່ານອາຍຸເທົ່າໃດເນື້ອທ່ານຖືພາ?	ຈຳນວນອາທິດຂອງການຖືພາຄັ້ງນີ້?	ປະເພດຂອງການເກີດ <input type="checkbox"/> ຄົນດຽວ <input type="checkbox"/> ຫຼາຍຄົນ <input type="checkbox"/> ຖ້າຫຼາຍຄົນ, ຈັກຄົນ?	
ທ່ານມີອາການແຊກຊ້ອນໃນລະຫວ່າງຖືພາຄັ້ງນີ້ບໍ່?			ທ່ານໃຫ້ກຳເນີດລູກຄົນອື່ນໆອີກບໍ່?	
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ອະທິບາຍ			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ຖ້າວ່າແມ່ນ, ຈັກຄົນ	
3. ສະພາບສຸຂະພາບໃນລະຫວ່າງການຖືພາຄັ້ງນີ້	ໂຮກຫັດເຢຍລະມັນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ໂຮກຕຸ່ມເບື້ອຍ <input type="checkbox"/> ໂກໂນເຣັງ <input type="checkbox"/> ຊິດລິສ <input type="checkbox"/> ໂວຣັສ (ເຊັ່ນ ໂອໂອວິດໃຫຍ່) <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ໂຮກຕິດເຊື້ອພະຍາດ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ໝອງໃນໝູນ <input type="checkbox"/> ຫຼຸດຫຼວງໄກ້ <input type="checkbox"/> ອຸປັດເຫດ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ			
ຖ້າວ່າແມ່ນເຕັມກັບຍິງໃດຂ້າງເທິງນີ້, ໃຫ້ລະບຸປະເພດຂອງສະພາບສຸຂະພາບ, ວັນທີ ແລະປະເພດຂອງການປິ່ນປົວທີ່ໄດ້ຮັບ.				

4. ການໃຊ້ຢາໃນລະຫວ່າງ, ແລະພາຍໃນໜຶ່ງປີກ່ອນໜ້າທີ່ຈະຖືພາຄັ້ງນີ້:

a. ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ: [ບອກຊື່ຢາ]	ກິນໃນລະຫວ່າງການຖືພາຄັ້ງນີ້ (ໝາຍ ✓ ໃຕ້ແຖວທີ່ເໝາະສົມ)		ກິນພາຍໃນໜຶ່ງປີກ່ອນໜ້າທີ່ຈະຖືພາຄັ້ງນີ້		ເນື້ອໃດ?	ເລື້ອຍປານໃດ?	ຈຳນວນເທົ່າໃດ?
	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ			
1.							
2.							
3.							
4.							
b. ຢາທີ່ແພດບໍ່ໄດ້ສັ່ງໃຫ້. ລວມເຖິງຢາແອສໄຟຣິນ, ຢາຢອດດັງ, ອື່ນໆ							
1.							
2.							
3.							
4.							
c. ເຫຼົ້າແລະສານເສບຕິດອື່ນໆ:							
1. ເຫຼົ້າ (ໄວນ, ເບ້ຍ, ອື່ນໆ).....							
2. ຢາບ້າ (ຢາກະຕຸ້ນ).....							
3. ຢານອນຫຼັບ (Barbiturates) (ລະງັບປະສາດ)							
4. ຢາສູບ							
5. ໂຄເຄນ							
6. ຢາເສບຕິດຊະນິດແຮງ (ຊັ້ນໜຶ່ງ).....							
7. ເຮໂຣອິນ							
8. LSD							
9. PCP							
10. ກັນຊາ							
11. ອື່ນໆ (ໃຫ້ລະບຸ)							

ທ່ານເຄີຍໃຊ້ຢາເສບຕິດແບບສັກເຂົ້າເສັ້ນເລືອດບໍ່? ເຄີຍ ບໍ່ເຄີຍ

G. ປະຫວັດສະໄຫຼ່ສະພາບສ່ວນຕົວ:

ຈົ່ງອະທິບາຍສະພາບສ່ວນທີ່ໄປຂອງທ່ານ

ໃນວັດເກັກ ທ່ານມີພະຍາດຫຍັງແດ່?

- ໝາກສຸກ: ໝາກແດງນ້ອຍ (3 ວັນ) ຄາງໝູນ ໄອ້ຈຳນ ດິດເຊື້ອໃນຫູ ໄອ້ຮູມາຕິກທິທູ ໄອ້ຮູມາຕິດ (RHEUMATIC FEVER)
- ຫັດຮູມີໂອລາ (2 ອາທິດ) ໝາກສຸກ ໄອ້ຜິນກູຫຼາຍ (ROSEOLA) ສະໝອງອັກເສບ ສຽງຫົວໃຈຜິດປົກກະຕິ (HEART MURMUR) ການຕິດເຊື້ອໃນໜາວເດີນໄປດສະວະ/ຜົນຍ່ຽວ
- ຫລອບຕິດ ເຍື່ອຫຸ້ມສະໝອງອັກເສບ ໄອ້ດຳແດງ (SCARLET FEVER) ສິນງູ (ລະບຸ)

ເຄີຍໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດຄັ້ງໃຫຍ່ບໍ່?

- ເຄີຍ ບໍ່ເຄີຍ ຖ້າວ່າເຄີຍ, ເນື່ອງມາຈາກການເຮັດເປັນແນວໃດ/ແລະເນື້ອໃດ?

ທ່ານແມ່ນ

- ແຜນສອງ ແຜນສາມ ແຜນຫຼາຍອິນເອີນ

ທ່ານແມ່ນ

- ແຜນແຕ້ ຫຼື ແຜນທຽມ

H. ປະຫວັດຄອບຄົວ:

ທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົນໃດໃນຄອບຄົວປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄດ້ເປັນລູກບຸນທ່າແມ່ນບໍ່?

- ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າແມ່ນ, ກະຮຸນບາບອກວ່າແມ່ນໃຜ

	ພໍ່ໂດຍສາຍເລືອດຂອງທ່ານ		ແມ່ໂດຍສາຍເລືອດຂອງທ່ານ	
	ພໍ່	ແມ່	ພໍ່	ແມ່
ອາຍຸປັດຈຸບັນ				
ຖ້າເສັ້ນຊີວິດ, ອາຍຸຕອນເສັ້ນຊີວິດ				
ສາເຫດການເສັ້ນຊີວິດ.....				
ລວງສູງ & ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ
ສີຜິວ ແລະ ລັກສະນະເສັ້ນຜິວ				
ສີຕາ.....				
ສີຜິວ.....				
ຖະນັດມີຊ້າຍ ຫຼື ຂວາ.....				
ລັກສະນະເດັ່ນພິເສດ				
ລະດັບການສຶກສາທີ່ຮຽນຈົບ				
ອາຊີບ.....				
ເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າ	<input type="checkbox"/> ຄົນຂາວ <input type="checkbox"/> ຮີສແປນິກ <input type="checkbox"/> ຄົນດຳ <input type="checkbox"/> ຝີລິບປິນ <input type="checkbox"/> ອາຊີ ຫຼື ແປຊີຟິກໄອແລນເດີ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ລະບຸ) <input type="checkbox"/> ອາເມລິກັນອິນດຽນແດງ ຫຼື ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສະກາ	<input type="checkbox"/> ຄົນຂາວ <input type="checkbox"/> ຮີສແປນິກ <input type="checkbox"/> ຄົນດຳ <input type="checkbox"/> ຝີລິບປິນ <input type="checkbox"/> ອາຊີ ຫຼື ແປຊີຟິກໄອແລນເດີ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ລະບຸ) <input type="checkbox"/> ອາເມລິກັນອິນດຽນແດງ ຫຼື ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສະກາ		
ສັນຊາດ.....				
ສາສະໜາ.....				
ພໍ່ແມ່ນີ້ຮັບຮູ້ການຖືພາຂອງທ່ານບໍ່?.....	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ທ່ານມີອ້າຍນ້ອງຈັກຄົນ?.....				
ຖ້າຫາກ ປ້າທີ່ລວງຂອງທ່ານເສັ້ນຊີວິດ, ຈົ່ງບອກອາຍຸໃນເວລາທີ່ເສັ້ນຊີວິດ ແລະ ສາເຫດຂອງການເສັ້ນຊີວິດ				
	ພໍ່ແມ່ຂອງພໍ່ຂອງທ່ານ		ພໍ່ແມ່ຂອງແມ່ຂອງທ່ານ	
	ພໍ່	ແມ່	ພໍ່	ແມ່
ອາຍຸ.....				
ຖ້າຫາກເສັ້ນຊີວິດ, ອາຍຸຕອນເສັ້ນຊີວິດ ແລະ ສາເຫດການເສັ້ນຊີວິດ.....				
ບັນຍາຍລັກສະນະຮ່າງກາຍ				
ລວງສູງ & ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ
ລັກສະນະເດັ່ນພິເສດ				
ລະດັບການສຶກສາທີ່ຮຽນຈົບ				
ອາຊີບປັດຈຸບັນ ຫຼື ໃນອະດີດ.....				
ເຂົາ/ລາວຮັບຮູ້ເຖິງການຖືພາຂອງທ່ານບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

H. ປະຫວັດຄອບຄົວ: (ຕໍ່)

ອ້າຍນ້ອງຂອງທ່ານ

(ຖ້າຫາກທ່ານມີຜົນອ້ອງຫຼາຍກວ່າ 4 ຄົນ, ກະຮຸນາຂຽນໃສ່ເຈ້ຍຕື່ມ)

	1		2		3		4	
ເພດ (ຊາຍ ຫຼື ຍິງ)								
ອາຍຸ.....								
ຖ້າວ່າເສັຽຊີວິດ, ອາຍຕອນເສັຽຊີວິດ ແລະສາເຫດການເສັຽຊີວິດ								
ເປັນຜົນອ້ອງເດັກສາຍເລືອດ ຫຼື ເຄິ່ງໜຶ່ງກັບທ່ານ?	<input type="checkbox"/> ເຕັມ <input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ		<input type="checkbox"/> ເຕັມ <input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ		<input type="checkbox"/> ເຕັມ <input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ		<input type="checkbox"/> ເຕັມ <input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ	
ລວງສູງ ແລະນ້ຳໜັກ.....	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ
ສິຜົນແລະລັກສະນະເສັ້ນຜົມ								
ສີຕາ.....								
ສີຜິວ.....								
ວຽກຍານຫວ່າງ ແລະ ພອນສະຫວັນ.....								
ຊັ້ນຮຽນສຸດທ້າຍທີ່ຮຽນຈົບ								
ປັດຈຸບັນເຂົ້າໂຮງຮຽນບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ອາຊີບ.....								
ທ່ານຮັບຮູ້ເລື່ອງການຖືພາບໍ່?.....	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ສະຖານະການແຕ່ງງານ								
ຈຳນວນລູກທີ່ພວກເຂົາມີ								
ສຸຂະພາບຂອງລູກພວກເຂົາ.....								

ລູກຄົນອື່ນໆຂອງທ່ານ

(ຖ້າຫາກທ່ານມີລູກຫຼາຍກວ່າ 4 ຄົນ, ກະຮຸນາຂຽນໃສ່ເຈ້ຍຕື່ມ)

	ລູກຄົນທີ #1		ລູກຄົນທີ #2		ລູກຄົນທີ #3		ລູກຄົນທີ #4	
ໃຫ້ບອກວ່າເປັນລູກຊາຍ ຫຼື ລູກສາວ								
ວັນເດືອນປີເກີດ ຫຼື ອາຍຸ.....								
ເດັກຄົນນີ້ເປັນຜົນອ້ອງເດັກສາຍເລືອດຫຼືເຄິ່ງໜຶ່ງ ຮວມກັບເດັກທີ່ຈະຖືກຮັບເອົາໄປລຽງ?	<input type="checkbox"/> ເຕັມ <input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ		<input type="checkbox"/> ເຕັມ <input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ		<input type="checkbox"/> ເຕັມ <input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ		<input type="checkbox"/> ເຕັມ <input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ	
ຖ້າວ່າເສັຽຊີວິດ, ອາຍຕອນເສັຽຊີວິດ								
ສາເຫດການເສັຽຊີວິດ.....								
ລວງສູງແລະນ້ຳໜັກ.....	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ
ສິຜົນແລະລັກສະນະເສັ້ນຜົມ								
ສີຕາ.....								
ສີຜິວ.....								
ຖະນັດນິຊ້າຍ ຫຼື ຂວາ.....								
ລະດັບຊັ້ນຮຽນໃນໂຮງຮຽນ								
ເດັກຄົນນີ້ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານແມ່ນບໍ່?.....	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ວຽກຍານຫວ່າງແລະພອນສະຫວັນ.....								
ສຸຂະພາບທົ່ວໄປ								
ການຜ່າຕັດຄັ້ງໃຫຍ່								
ບັນຫາສຸຂະພາບ.....								
ເດັກຄົນນີ້ຮັບຮູ້ເຖິງການຖືພາບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	

I. ປະຫວັດສະພາບຂອງທ່ານ, ຂອງພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ ແລະຂອງຍາດຜີ້ນ້ອງຄົນອື່ນໆ

ຈົ່ງລະບຸໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງທີ່ເໝາະສົມ ຖ້າຫາກ ທ່ານ ຫຼື ຍາດຜີ້ນ້ອງຄົນໃດໜຶ່ງ (ເຊັ່ນ ພໍ່ແມ່, ຜິສາວນ້ອງສາວ, ຜິຊາຍນ້ອງຊາຍ, ປ້າ, ລູງ, ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າ, ລູກຄົນອື່ນໆທີ່ເກີດກັບທ່ານ, ອື່ນໆ) ເຄີຍມີ ຫຼື ດຽວນີ້ ມີສະພາບການເຈັບປ່ວຍທີ່ລະບຸໄວ້ລຸ່ມນີ້. ກະຮຸນາຕື່ມໃນພາກສ່ວນຄວາມຄິດເຫັນ. ຖ້າຫາກ ສະພາບການເຈັບປ່ວຍເຮັດໃຫ້ເກີດການເສັຽຊີວິດຂອງຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ໃຫ້ບອກ ແລະ ບອກອາຍຸຂອງບຸກຄົນໃນເວລາທີ່ເສັຽຊີວິດ ໂດຍຕື່ມໃສ່ພາກສ່ວນຄວາມຄິດເຫັນ.

ສະພາບເງື່ອນໄຂທາງການແພດ	ບໍ່ມີ	ບໍ່ຮູ້	ມີ ຕົວເອງ	ມີ-ຍາດຜີ້ນ້ອງ (ໃຫ້ບອກຄວາມສຳພັນ)	ຄວາມຄິດເຫັນ
A. ຄວາມບົກຜ່ອງ ຫຼື ຜິດການທີ່ມີນ້ຳແຕ່ກຳເນີດ					
1. ຂາເປ ຫຼື ບັນຫາກ່ຽວກັບກະດູກໃດໆ (ເຊັ່ນ ເກີນແບນ, ອື່ນໆ)					
2. ສົບແຫວງ (ສົບມີຮອຍຜາ) ຫຼື ເພດານປາກແຫວງ					
3. ປັນຍາອ່ອນ					
4. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງໂຄໂມໂຊນອື່ນໆ					
5. ພາວະມີນ້ຳໃນໂພງສະໝອງ (Hydrocephalus)					
6. ໂຮກກ້ານເນື້ອເສື່ອມ					ບາງສ່ວນຂອງຮ່າງກາຍກ່ຽວຂ້ອງບໍ່? ອາຍຸຕອນທີ່ມີບັນຫາ?
7. ໂຮກເຕັ້ຮ (Dwarfism)					
8. ໂຮກຜິດປົກກະຕິຂອງໄຂກະດູກສັນຫຼັງ (Spina bifida)					
9. ໂຮກຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຫົວໃຈແຕ່ກຳເນີດ					
10. ໂຮກເນັດເລືອດແດງຮູບກ່ຽວ					
11. ໂຮກຜິດປົກກະຕິທາງກຳມະຜົນ Tay-Sachs					
B. ໂຮກພູມແຜ່ຕ່າງໆ					ແຜ່ຫຍັງແດ່? ມີການປິ່ນປົວ ຫຼື ການໃຊ້ຢາຫຍັງ?
1. ໂຮກຜິວໜັງ ຫຼື ຜິດປົກກະຕິທາງຜິວໜັງ					
2. ໄຂ້ຈຳນ ຫຼື ແຜ່ສິ່ງອື່ນໆ					
3. ແຜ່ຢາ					ແຜ່ຕໍ່ຢາຫຍັງ?
4. ແຜ່ອາຫານ					ແຜ່ອາຫານຫຍັງແດ່?
C. ໂຮກຜິດປົກກະຕິທາງຕາ, ແຂ້ວ, ແລະ ພັດທະນາການ					
1. ຕາບອດ, ຕໍ້ຫິນ, ຕາບອດສີ ຫຼື ບັນຫາທາງສາຍຕາອື່ນໆ					
2. ແວ່ນສາຍຕາ ຫຼື ຄອນແຕັກເລັນ					ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຊ້ແວ່ນຕາຕອນອາຍຸເທົ່າໃດ?
ສາຍຕາສັ້ນ <input type="checkbox"/>					
ສາຍຕາຍາວ <input type="checkbox"/>					
ສາຍຕາອຽວ (ບໍ່ສາມາດຫາຈຸດກົ້ວກາງໄດ້) <input type="checkbox"/>					
ຕາເຂ, (ຕາເຫຼ) <input type="checkbox"/>					
ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ) <input type="checkbox"/>					
3. ດັດແຂ້ວ ຫຼື ຈັດແຂ້ວ					ຖ້າເປັນແນວນັ້ນ, ການຈັດແຂ້ວໃຊ້ການໄດ້ບໍ່ ແລະດົນປານໃດ?

I. ປະຫວັດສະໄຫວຂອງທ່ານ, ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ ແລະຍາດພີ່ນ້ອງອື່ນໆ (ຕໍ່)

ສະພາບເງື່ອນໄຂທາງການແພດ	ບໍ່ມີ	ບໍ່ຮູ້	ມີ ຕົວເອງ	ມີ-ຍາດພີ່ນ້ອງ (ໃຫ້ອອກຄວາມສໍາພັນ)	ຄວາມຄິດເຫັນ
4. ຫູໜວກ ຫຼື ບັນຫາອື່ນໆກ່ຽວກັບຫູ					ມີການສຶກສາພິເສດບໍ່? ຖ້າວ່າມີ, ໃຫ້ອອກອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ.
5. ບັນຫາດ້ານການປາກເວົ້າ					
6. ບັນຫາດ້ານການຮຽນຮູ້					
7. ປັນຍາອ່ອນ: ທາງຈິດ ຫຼື ຮ່າງກາຍ					ມີວິນິດໃສ່ໂຮກບໍ່? ເຂົ້ານອນປີນປົວໃນໂຮງໝໍບໍ່?
D. ບັນຫາຄວາມບົກຜ່ອງດ້ານການໄຫຼວຽນຂອງເລືອດ					
1. ເລືອດແຂງຕົວຊ້າຜິດປົກກະຕິ (Hemophilia)					
2. ໂຮກເລືອດຈາງ ຫຼື ເມັດເລືອດແດງຮູບກ່ຽວ					
3. ຄວາມດັນເລືອດ (ຄວາມດັນເລືອດສູງ)					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ? ເຂົ້ານອນປີນປົວໃນໂຮງໝໍບໍ່?
4. ອຳນະພາດ					
5. ຫົວໃຈວາຍ (ເສັ້ນເລືອດຫົວໃຈຕີບ)					
6. ໂຮກຂໍ້ກະດູກ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ຊະນິດໃດ? ສ່ວນໃດຂອງຮ່າງກາຍ?
7. ໂຮກໝາກໄຂ່ຫຼັງ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ?
E. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງຮໍໂນນ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ?
1. ເບົາຫວານ					
2. ໄທຣອຍຜິດປົກກະຕິ					
3. ໂຮກອ້ວນ (ໜັກຫຼາຍໂພດ)					
F. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງເດີນຫາຍໃຈ					ຮູ້ສຳເຫດບໍ່? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ?
1. ຫອບຫິດ					
2. ໂຮກຖົງລົມໂປ່ງພອງ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ?
3. ວັນນະໂຮກ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ຊະນິດໃດ? ສ່ວນໃດຂອງຮ່າງກາຍ?
G. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງຈິດ ແລະຜິດຕິກຳ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ? ເຂົ້ານອນປີນປົວໃນໂຮງໝໍບໍ່?
1. ຖືກວິນິດໄສວ່າເປັນໂຮກຈິດ					
2. ໂຮກອາລົມແປປວນ ດຽວສຸກດຽວເສົ້າ					
3. ການເຈັບປ່ວຍທາງຈິດອື່ນໆ. ຈິ່ງອະທິບາຍຕື່ມໂດຍໃຊ້ໝ້າຕື່ມ ຖ້າວ່າຈຳເປັນ					
4. ຕິດເຫຼົ້າ ຫຼື ຕື່ມຫຼາຍໂພດ					
5. ການນຳໃຊ້ຢາເສບຕິດ					ຊະນິດ, ຈຳນວນ, ແລະໃຊ້ເມື່ອໃດ?

I. ປະຫວັດສະໄຫວຂອງທ່ານ, ຂອງພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ ແລະຂອງຍາດພີ່ນ້ອງຄົນອື່ນໆ (ຕໍ່)

ສະພາບເງື່ອນໄຂທາງການແພດ	ບໍ່ມີ	ບໍ່ຮູ້	ມີ ຕົວເອງ	ມີ-ຍາດພີ່ນ້ອງ (ໃຫ້ບອກຄວາມສ່ຳພັນ)	ຄວາມຄິດເຫັນ
H. ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຕ່ອມນ້ຳເຫຼືອງ					ຊະນິດໃດ? ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ສ່ວນໃດຂອງຮ່າງກາຍ?
1. ມະເຮັງ					
2. ເນື້ອງອກ					
3. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງກຳມະພັນ					
4. ມະເຮັງຕ່ອມນ້ຳເຫຼືອງຂະນິດຮອດກີ້ນ					
I. ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບປະສາດ					ມີສ່ວນຕ່າງໆຂອງຮ່າງກາຍກ່ຽວຂ້ອງບໍ່? ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ?
1. ໂຮກປອກປະສາດອັກເສບ (Multiple sclerosis)					
2. ໂຮກຮັນຕິງຕັນ (Huntington's disease)					
3. ໂຮກສະໝອງຝິການ					
4. ພາວະຊັກ ຫຼື ໂຮກຊັກ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ? ເລື້ອຍປານໃດ?
5. ພະຍາດບ້ຳໝ					
J. ໂຮກຕິດເຊື້ອ, ການເຂົ້າມາອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ					ການວິນິດໄສໂຮກ?
1. ເປັນໄຂ້ຊ້ຳເນື່ອງຈາກການຕິດເຊື້ອພະຍາດ ບາງຢ່າງ					
2. ຕິດເຊື້ອຮ້າຍແຮງຊ້ຳ ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າມາອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ					
3. ການເຂົ້າມາອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ, ການຜ່າຕັດ, ຫຼື ການບາດເຈັບ					ເພື່ອປິ່ນປົວຫຍັງ? ເນື້ອໃດ?
K. ບັນຫາດ້ານການແພດອື່ນໆ ຫຼື ສຸຂະພາບອື່ນໆ					