

ข้อมูลเกี่ยวกับบิดาบังเกิดเกล้า

ชื่อของเด็ก:	เลขที่คดี:
ชื่อเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์เฉพาะราย:	ชื่อหน่วยงานบริการ:

คำชี้แจงสำหรับการกรอกข้อความให้สมบูรณ์:

- กรุณาเขียนตัวบรรจง - ด้วยปากกา
- กรุณากรอกข้อความแต่ละข้อให้ครบถ้วน หากท่านไม่ทราบคำตอบ กรุณาตอบว่า "ไม่ทราบ"
- แบบฟอร์ม AD 67 ได้ถูกแบ่งออกเป็นสองหมวด หมวดที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลของ "การระบุชื่อ" ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้จะได้รับการปกปิดเป็นความลับและจะไม่เปิดเผยแก่บุตรบุญธรรมของท่าน หรือแก่บิดามารดาบุญธรรมของบุตรของท่าน เว้นเสียแต่ท่านอนุญาตให้เราเปิดเผยได้โดยการเขียนคำอนุญาตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร กฎหมายว่าด้วยการรับเป็นบุตรบุญธรรมของรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Adoption Law) กำหนดไว้ว่า สาเนาของหมวดที่ 2 ซึ่งเป็นข้อมูลด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคม จะต้องเปิดเผยแก่บิดามารดาบุญธรรมก่อนที่การรับเป็นบุตรบุญธรรมจะเสร็จสมบูรณ์ และเมื่อมีการร้องขอที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ถูกรับเป็นบุตรบุญธรรมเมื่อมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์
- ข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอในแบบฟอร์มนี้เป็นข้อกำหนดสำหรับความสมบูรณ์ของการขอรับเป็นบุตรบุญธรรมของบุตรของท่าน

หมวดที่ 1 — ข้อมูลการระบุชื่อเกี่ยวกับบิดาบังเกิดเกล้า

ก. ชื่อ/ที่อยู่:

ชื่อบิดาบังเกิดเกล้า (ชื่อตัว ชื่อกลาง นามสกุล)			ชื่ออื่นที่รู้จักกันในนาม		
หมายเลขการประกันสังคม	เลขที่บัตรการขับขี่รถยนต์	วันเดือนปีเกิด (เดือน วัน ปี)	สถานที่เกิด (เมือง รัฐ ประเทศ)		
ที่อยู่ปัจจุบัน (ถนน เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์)					หมายเลขโทรศัพท์ ()
ที่อยู่ปัจจุบันถาวร (ถนน เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์) *					หมายเลขโทรศัพท์ถาวร ()
ข้อจำกัดในการใช้ที่อยู่ถาวร หากมี					

ข. บิดามารดาของบิดาบังเกิดเกล้า

ชื่อผู้เป็นแม่ของบิดาบังเกิดเกล้า (ชื่อตัว ชื่อกลาง นามสกุล)			ชื่อของพ่อของบิดาบังเกิดเกล้า (ชื่อตัว ชื่อกลาง นามสกุล)		
ที่อยู่	ถนน	เมือง	ที่อยู่	ถนน	เมือง
รัฐ รหัสไปรษณีย์			รัฐ รหัสไปรษณีย์		
มารดาของท่านทราบเกี่ยวกับการรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			บิดาของท่านทราบเกี่ยวกับการรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		
หากในอนาคตเราต้องการตามหาตัวท่าน เราสามารถติดต่อมารดาของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือได้ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่			หากในอนาคตเราต้องการตามหาตัวท่าน เราสามารถติดต่อบิดาของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือได้ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		

ค. ความเป็นบิดาของผู้เยาว์:

ท่านและมารดาบังเกิดเกล้าของเด็กสมรสกันหรือไม่ ใช่ ไม่

หากใช่ กรุณาระบุวันที่ และสถานที่ที่สมรส: _____

หากหย่า กรุณาระบุวันที่ และสถานที่ที่ทำการหย่า: _____

ท่านและมารดาบังเกิดเกล้าของเด็กเคยพยายามที่จะสมรสกันหรือไม่ ใช่ ไม่

หากใช่ กรุณาอธิบาย

ปัจจุบันนี้ท่านสมรสกับมารดาบังเกิดเกล้าของเด็กหรือไม่ ใช่ ไม่

ง. บุตรคนอื่น:

ท่านมีบุตรคนอื่น นอกเหนือจากบุตรคนที่กำลังจะได้รับการขอรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่ ใช่ ไม่

หากใช่ กรุณากรอกข้อความต่อไปนี้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ชื่อของเด็ก	เพศ		กา (✓) ถ้าเป็นสายเลือดเดียวกันกับเด็กเดิม ครึ่ง	วันเดือนปีเกิดของเด็ก	ใครเป็นผู้ดูแลเด็กคนนี้ (ระบุความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก)
	ช	ญ			
1.					
2.					
3.					
4.					

* หมายเหตุ: กรณีที่ท่านเปลี่ยนที่อยู่ถาวรของท่าน ท่านจะต้องแจ้งให้กรมการบริการสังคมของรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Department of Social Service) ทราบ

จ. บรรพบุรุษที่เป็นอเมริกันอินเดีย:

มีใครในครอบครัวทางฝ่ายมารดาหรือฝ่ายบิดาของท่านที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษอเมริกันอินเดียหรือไม่ ใช่ ไม่
หากใช่ กรุณากรอกข้อความในแบบฟอร์ม (JV135/ADOPT-226) ให้ครบถ้วนสมบูรณ์
หากใช่ เผ่าใด เผ่านี้อยู่ที่ใด ใช่ ไม่
ปัจจุบันท่านหรือบิดามารดาของท่านจดทะเบียนกับเผ่าใด หรือเคยมีบรรพบุรุษคนใดได้เคยจดทะเบียนกับชนเผ่านี้หรือไม่
หากใช่ ท่านหรือบรรพบุรุษจดทะเบียนเลขที่เท่าใด ใช่ ไม่
ท่าน บิดามารดา ปู่ย่าตายายของท่าน หรือบรรพบุรุษคนอื่น ๆ เคยมีหนังสือรับรองระดับสายเลือดของชาวอินเดีย (Certificate of Degree of Indian Blood) หรือ CDIB หรือไม่
หากใช่ กรุณาแนบสำเนาหนังสือรับรอง CDIB มาพร้อมกับแบบสอบถามนี้

จ. การศึกษาทางจิตวิทยา:

ท่านเคยไปพบนักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ทางคลินิก โรงพยาบาลประสาท หรือนักบำบัดพฤติกรรมทางจิตสำหรับ
ปัญหาทางอารมณ์ หรือทางจิตวิทยาหรือทางพฤติกรรมที่ท่านอาจมีหรือไม่ ใช่ ไม่
หากใช่ กรุณากรอกข้อความต่อไปนี้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์

วันที่และเหตุผลในการบำบัดรักษา:

ชื่อนักกายภาพบำบัด และ/หรือหน่วยงานบริการการบำบัดรักษา: สถานที่:

ระบุข้อยาที่ส่งจ่ายในระหว่างการบำบัดรักษาของท่าน:

เหตุผลในการหยุดบำบัดรักษา ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาอีกต่อไป:

ข. คำถามเกี่ยวกับการขอรับเป็นบุตรบุญธรรม: (เฉพาะการขอรับเป็นบุตรบุญธรรมอิสระเท่านั้น)

1. ท่านมีหนายความของท่านเป็นผู้ทำการแทนในระหว่างการขอรับเป็นบุตรบุญธรรมนี้หรือไม่ ใช่ ไม่
2. นอกจากนี้ หนายความของท่านยังเป็นหนายความสำหรับบิดามารดาที่ท่านขอรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่ ใช่ ไม่ ไม่ทราบ
3. ใครเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการตั้งครุฑ ภารดูแลรักษาก่อนคลอดและการคลอดบุตร และค่าใช้จ่ายอื่นๆ _____
4. จ่ายเท่าใด (กรุณาอธิบายหากไม่ทราบ) _____
5. กฎหมายว่าด้วยการรับเป็นบุตรบุญธรรมของรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Adoption Law) กล่าวว่า บิดามารดาบังเกิดเกล้าผู้ประสงค์จะให้บุตรของตนได้รับการขอรับเป็นบุตรบุญธรรมจะต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับบิดามารดาที่จะขอรับเป็นบุตรบุญธรรมในอนาคต; ชื่อตัวและนามสกุลที่ถูกต้องตามกฎหมาย อายุ ศาสนา เชื้อชาติ หรือพื้นฐานของชนกลุ่มน้อย ระยะเวลาการสมรสในปัจจุบัน และจำนวนครั้งที่ทำการสมรสในอดีต การว่างงาน มีบุตรหรือผู้ใหญ่ผู้อื่น ฟานักอาศัยอยู่ในบ้านหรือไม่ มีบุตรคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ที่บ้านและมีภาระผูกพันในการสูญเสียควเลียงบุตรคนอื่น ๆ และไม่ได้ปฏิบัติตามภาระผูกพันเหล่านี้หรือไม่ มีปัญหาสุขภาพซึ่งอาจทำให้ระยะเวลาที่มีชีวิตสั้นลงหรือภาวะชีวิตประจำวันลดลง ได้รับการลงทะเบียนอาสาสมัครอื่น ๆ นอกเหนือจากการลงทะเบียนจิตอาสาสมัครแล้ว นอกจากนี้จากการลงทะเบียนจิตอาสาสมัครแล้ว เนื่องจากภาระโหดร้ายต่อเด็กหรือการทอดทิ้งเด็ก และสถานที่พำนักอาศัยโดยทั่วไป เช่น หรือถ้าสอบถามถึงที่อยู่
6. ท่านมีข้อมูลนี้เกี่ยวกับบิดามารดาที่ขอรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่ ใช่ ไม่
7. ข้อมูลเพิ่มเติมใดเกี่ยวกับบิดามารดาที่ขอรับเป็นบุตรบุญธรรมที่ท่านต้องการหรือจำเป็นต้องมี _____ ใช่ ไม่

8. ท่านเคยพบกับบิดามารดาที่ขอรับเป็นบุตรบุญธรรมใช่หรือไม่

9. หากตอบว่าใช่ ท่านคุ้นเคยกับบุคคลทั้งสองมากน้อยเพียงใด _____

ลายเซ็นของบิดามารดาบังเกิดเกล้า

วันที่กรอกข้อความในแบบฟอร์มครบถ้วน

ข้อมูลด้านบนจัดให้โดย: (กรุณาภาเครื่องหมายบนช่องสี่เหลี่ยมที่เหมาะสม)

มารดาบังเกิดเกล้า บิดามารดาบังเกิดเกล้า บุคคลอื่น (โปรดอธิบาย)

ชื่อของเด็ก:	เลขที่คดี:
ชื่อเจ้าหน้าที่ส่งคสส/เคราะห้เจ้าของคดี:	ชื่อหน่วยงานบริการ:

หมวดที่ 2 – การไม่ระบุข้อมูลเกี่ยวกับบิดามิ่งเกิดเกล้า
ข้อมูลนี้จะมอบให้แก่บิดามารดาที่ขอรับเป็นบุตรบุญธรรมและจะให้แก่บุตรของท่าน กรุณาตอบคำถามทุกข้อให้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้

ส่วนที่ 1— ลักษณะของบิดามิ่งเกิดเกล้าขณะที่เด็กที่ได้รับเป็นบุตรบุญธรรมเกิด

ก. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางร่างกาย:

ส่วนสูง	น้ำหนักโดยทั่วไป	สีตา	สีผิว	สีผมธรรมชาติ	องค์ประกอบของผผตามธรรมชาติ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)
					<input type="checkbox"/> เส้นผมละเอียด <input type="checkbox"/> เส้นผมปานกลาง <input type="checkbox"/> เส้นผมหยาบ <input type="checkbox"/> ผมเส้นตรง <input type="checkbox"/> ผมหยักโค้ง <input type="checkbox"/> ผมหยิก <input type="checkbox"/> สีระหล้าน
วันเกิด (เฉพาะปีเกิด)	สถานที่เกิด (เฉพาะชื่อรัฐ)	หมู่โลหิต	ระบบกลุ่มเลือด RH	ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย	<input type="checkbox"/> โครงสร้างขนาดเล็ก <input type="checkbox"/> โครงสร้างขนาดปานกลาง <input type="checkbox"/> โครงสร้างขนาดใหญ่
					<input type="checkbox"/> ทำงถนัดมือขวา <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> หรือนัดมือซ้าย <input type="checkbox"/>

สัญชาติ/ชนกลุ่มน้อย

คนผิวขาว ฮิสแปนิก ชาวฟิลิปปินส์ คนผิวดำ ชาวเอเชียหรือชาวหมู่เกาะแปซิฟิก
 อเมริกันอินเดียน หรือชนพื้นเมืองอะลาสกา อื่นๆ _____

หากเป็นอเมริกันอินเดียน หรือชนพื้นเมืองอะลาสกา กรุณาระบุเชื้อเผ่าและระดับสายเลือดของชาวอินเดียน (หากทราบ) _____

สายเลือดแห่งสัญชาติโดยเฉพาะ (ตัวอย่างเช่น: ชาวไอริช ฝรั่งเศส เยอรมัน ชาวจีนกวางตุ้ง เม็กซิกัน ชาวไนจีเรีย)

ข. การศึกษา:

ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน	ระดับการศึกษาในโรงเรียน	การฝึกอบรมอื่น ๆ
<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		

ถึงกรรมคุณผู้ส่ด
 ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ

วิชาที่สนใจ

ค. อาชีพ:

อาชีพในปัจจุบัน	ทำมานานเท่าใดแล้ว	อะไรคืออาชีพประจำ

อะไรคือเป้าหมายทางอาชีพของท่าน (เช่น เป็นครู ช่างบัดกรี พนักงานขายของ)

ง. บุคลิกภาพ:

บรรยายบุคลิกภาพของท่านตามพฤติกรรม ทัศนคติ อารมณ์ กิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำ ประเภทของผู้ที่ท่านชอบสังสรรค์ด้วย ฯลฯ

บรรยายความสามารถพิเศษ งานอดิเรกและเป้าหมายในชีวิต

ข. ประวัติครอบครัว: (ต่อ)

พี่ชายหรือน้องชายและพี่สาวหรือน้องสาวของท่าน
(ถ้าท่านมีพี่น้องเกิน 4 คน กรุณาเขียนในกระดาษแผ่นต่างหาก)

	1		2		3		4	
เพศ (ชาย หรือหญิง)								
อายุ.....								
ถ้าเสียชีวิตแล้ว เมื่ออายุเท่าใด และอะไรเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต.....								
เป็นพี่น้องเต็มหรือครึ่งสายเลือดกับท่าน	<input type="checkbox"/> เต็ม <input type="checkbox"/> ครึ่ง		<input type="checkbox"/> เต็ม <input type="checkbox"/> ครึ่ง		<input type="checkbox"/> เต็ม <input type="checkbox"/> ครึ่ง		<input type="checkbox"/> เต็ม <input type="checkbox"/> ครึ่ง	
ส่วนสูงและน้ำหนัก.....	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก
สีผมและลักษณะของเส้นผม								
สีตา.....								
สีผิว								
งานอดิเรกและความสามารถ								
ระดับการศึกษา								
ปัจจุบันกำลังศึกษาในโรงเรียน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	
อาชีพ								
ทราบเรื่องตั้งครรภ์หรือไม่.....	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	
สถานภาพการสมรส								
จำนวนบุตรที่มี								
สุขภาพของบุตร								

บุตรคนอื่นๆของท่าน
(ถ้าท่านมีบุตรมากกว่า 4 คน กรุณาเขียนในกระดาษแผ่นต่างหาก)

	บุตรคนที่ 1		บุตรคนที่ 2		บุตรคนที่ 3		บุตรคนที่ 4	
กรณีระบุว่าบุตรชายหรือบุตรสาว .								
วันเดือนปีเกิด หรืออายุ								
เด็กผู้นี้เป็นพี่น้องเต็มหรือครึ่งสายเลือดกับผู้ที่ได้รับเป็นบุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> เต็ม <input type="checkbox"/> ครึ่ง		<input type="checkbox"/> เต็ม <input type="checkbox"/> ครึ่ง		<input type="checkbox"/> เต็ม <input type="checkbox"/> ครึ่ง		<input type="checkbox"/> เต็ม <input type="checkbox"/> ครึ่ง	
ถ้าเสียชีวิตแล้ว เมื่ออายุเท่าใด								
อะไรเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต								
ส่วนสูงและน้ำหนัก.....	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก
สีผมและลักษณะของเส้นผม								
สีตา.....								
สีผิว								
ถนัดมือขวา หรือมือซ้าย.....								
ระดับการศึกษา								
เด็กผู้นี้พักอาศัยอยู่กับท่านหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	
งานอดิเรกและความสามารถ								
สุขภาพทั่วไป								
การผ่าตัดครั้งใหญ่.....								
ปัญหาสุขภาพ								
เด็กผู้นี้ทราบเรื่องการตั้งครรภ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	

ข. ประวัติสุขภาพของท่าน ของบิดามารดาของท่านและญาติคนอื่นๆ

กรุณาระบุโดยการกาเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยมที่เหมาะสม ถ้า ท่าน หรือ ญาติ คนใดคนหนึ่ง (เช่น บิดามารดา พี่สาวน้องสาว พี่ชายน้องชาย น้าหรืออา ลุงหรือป้า ปู่ย่าตายาย บุตรคนอื่นๆ ของท่าน เป็นต้น) เคยมีหรือขณะนี้ มีสภาวะทางการแพทย์ซึ่งระบุไว้ที่ด้านล่าง กรุณาระบุความสัมพันธ์ของบุคคลผู้นี้กับท่าน โปรดกรอกข้อความในหมวดข้อคิดเห็นให้ครบถ้วน หากสภาวะทางการแพทย์เป็นสาเหตุให้สมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งถึงแก่ความตาย ในหมวดข้อคิดเห็นกรุณาระบุถึงเรื่องนี้และอายุของบุคคลผู้นี้โดยประมาณขณะเสียชีวิต

สภาวะทางการแพทย์	ไม่มี	ไม่ทราบ	ใช่ ตนเอง	ใช่ - ญาติ (กรุณาระบุความสัมพันธ์)	ข้อคิดเห็น
ก. การบกพร่องมาแต่กำเนิด					
1. เท้าผิดรูป หรือปัญหาด้านศัลยกรรมกระดูก (เช่น ฝ่าเท้าแบนราบ ฯลฯ)					
2. ปากแหว่ง (ปากมีรอยแฉก) หรือเพดานโหว่					
3. ดาวน์ซินโดรม					
4. โครโมโซมอื่นๆ ผิดปกติ					
5. ภาวะน้ำคาสมอง					
6. โรคกล้ามเนื้อเสื่อม					เกี่ยวข้องกับร่างกายส่วนไหน เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด
7. ความแคระ					
8. กระดูกสันหลังผิดปกติ					
9. หัวใจพิการมาแต่กำเนิด					
10. โรคโลหิตจาง					
11. โรคเทย์-แซคส์ (Tay-Sachs)					
ข. โรคภูมิแพ้					ทราบสาเหตุหรือไม่ บำบัดรักษาอย่างไร รับประทานยาอะไร
1. ผิวหนังอักเสบหรือภาวะผิวหนังอื่นๆ					
2. ไข้ละอองฟางหรือโรคภูมิแพ้อื่นๆ					
3. แพ้ยา					แพ้ยาอะไร
4. แพ้อาหาร					แพ้อาหารใด
ค. ความผิดปกติทางตา ฟัน หู และพัฒนาการอื่นๆ					
1. ตาบอด ต้อหิน ตาบอดสีหรือปัญหาอื่นๆ เกี่ยวกับสายตา					
2. แวนสายตาหรือคอนแทคเลนส์					ใบสั่งเลนส์จำเป็นสำหรับใช้กับอายุเท่าใด
สายตาสั้น <input type="checkbox"/>					
สายตายาว <input type="checkbox"/>					
สายตาเอียง (ไม่สามารถมองตรงๆ ได้) <input type="checkbox"/>					
ตาเข <input type="checkbox"/>					
(ตาเข)					
อื่นๆ (อธิบาย) <input type="checkbox"/>					
3. ดัดฟันหรือการทันตกรรมจัดฟันอื่นๆ					ถ้าเป็นเช่นนั้น การทันตกรรมจัดฟันด้านไหนและเป็นเวลานานเท่าใด

ข. ประวัติสุขภาพของท่าน ของบิดามารดาของท่านและญาติคนอื่นๆ (ต่อ)

สถานภาพทางการแพทย์	ไม่มี	ไม่ทราบ	ใช่ ตนเอง	ใช่ - ญาติ (กรุณา ระบุความสัมพันธ์)	ข้อคิดเห็น
4. หูหนวกหรือปัญหาอื่นๆ เกี่ยวกับหู					การศึกษาพิเศษหรือไม่ หาก "ใช่" กรุณาระบุอายุที่เริ่มเป็น
5. ปัญหาด้านการพูด					
6. ทูพพลภาพทางการเรียนรู้					ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือไม่ เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
7. ปัญญาอ่อน:ทางจิตใจหรืออารมณ์					
ง. ความผิดปกติของระบบการหมุนเวียนโลหิต					เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด บำบัดรักษาอย่างไร เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
1. ภาวะที่เลือดไหลไม่หยุด					
2. โรคโลหิตจางหรือโรคทางกรรมพันธุ์					
3. ความดันโลหิตสูง (ภาวะความดันโลหิตสูง)					
4. โรคหลอดเลือดสมอง					
5. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด)					ประเภทใด เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด ส่วนไหนของร่างกาย
6. โรคข้อต่ออักเสบ					
7. โรคไต					เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด บำบัดรักษาอย่างไร
จ. ความผิดปกติที่เกี่ยวกับฮอร์โมน					เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด บำบัดรักษาอย่างไร
1. โรคเบาหวาน					
2. ภาวะผิดปกติของต่อมไทรอยด์					
3. ภาวะน้ำหนักเกิน (อ้วน)					
ฉ. ภาวะผิดปกติของระบบการหายใจ					ทราบสาเหตุหรือไม่ บำบัดรักษาอย่างไร
1. โรคหืด					เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด
2. โรคปอด					
3. วัณโรค					เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด ชนิดใด ส่วนไหนของร่างกาย
ช. ภาวะผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรม					เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด บำบัดรักษาอย่างไร เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
1. ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต					
2. ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการซึมเศร้า สลับกับอาการวิตกกังวล					
3. โรคจิตอื่นๆ บรรยายโดยใช้กระดาษแผ่นอื่น หากจำเป็น					
4. ติดสุราหรือดื่มสุราอย่างหนัก					
5. ไข้ยาเสพติด					ชนิด ปริมาณ และใช้เมื่อใด

ข. ประวัติสุขภาพของท่าน ของบิดามารดาของท่านและญาติคนอื่นๆ (ต่อ)

สถานภาพทางการแพทย์	ไม่มี	ไม่ทราบ	ใช่ ตนเอง	ใช่ - ญาติ (กรุณา ระบุความสัมพันธ์)	ข้อคิดเห็น
<p>ข. ภาวะผิดปกติด้านต่อมหน้าเหลือง</p> <p>1. มะเร็ง</p> <p>2. เนื้องอก</p> <p>3. ไชส์ติก ไฟโบรซิส</p> <p>4. โรคต่อมหน้าเหลืองอักเสบเรื้อรัง</p>					ประเภทใด เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด ส่วนไหนของร่างกาย
<p>ญ. ภาวะผิดปกติทางระบบประสาท</p> <p>1. อาการสั้นกระตุก</p> <p>2. โรคเส้นประสาทผิดปกติ</p> <p>3. โรคสมองเป็นอัมพาต</p> <p>4. โรคลมหรือชักกะตุก</p> <p>5. โรคลมบ้าหมู</p>					เกี่ยวข้องกับร่างกายส่วนไหน เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด
<p>ฅ. การติดเชื้อ เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>1. เป็นไข้ไข้เนื่องจากการติดเชื้อ ที่ทราบสาเหตุ</p> <p>2. การติดเชื้อซ้ำอย่างร้ายแรง ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>3. เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ผ่าตัด หรือบาดเจ็บ</p>					เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด บำบัดรักษาอย่างไร บ่อยเพียงใด
<p>ฉ. ปัญหาทางการแพทย์หรือสุขภาพอื่นๆ</p>					ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือไม่
					เพื่ออะไร เมื่อใด