ข้อมูลเกี่ยวกับมารดาบังเกิดเกล้า

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 สำเนาของหมวดที่ 2 ซึ่งเป็นข้อมูลด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคม จะต้องให้แก่บิดามารดาบุญธรรมก่อนที่การรับเป็นบุตรบุญธรรมจะเสร็จสมบูรณ์และเมื่อมีการร้องขอที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ที่ถูกรับเป็นบุตรบุญธรรมเมื่อมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์

หมวดที่ 1 — ข้อมูลการระบุชื่อเกี่ยวกับมารดาบังเกิดเกล้า

ก. ชื่อ/ที่อยู่:

ชื่อมารดาบังเกิดเกล้า (ชื่อตัว ชื่อกลาง นามสกุล)		นามสกุลก่อนสมรส		ชื่ออื่นที่รู้จักกันในนาม
หมายเลขการประกันสังคม	เลขที่บัตรการขับขี่รถยนต์	วันเดือนปีเกิด (เดือน วัน ปี)	สถานที่เกิด (เมือง รัฐ ประเทศ)	

ที่อยู่ปัจจุบัน (ถนน เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์)	หมายเลขโทรศัพท์ ( )
ที่อยู่ถาวร (ถนน เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์) *	หมายเลขโทรศัพท์ถาวร ( )
ข้อจำกัดในการใช้ที่อยู่ถาวร หากมี	

ข. บิดามารดาของมารดาบังเกิดเกล้า - (บิดามารดาผู้ที่ให้การเลี้ยงดูท่าน)

ชื่อผู้เป็นแม่ของมารดาบังเกิดเกล้า (ชื่อตัว ชื่อกลาง นามสกุล)	ชื่อผู้เป็นพ่อของมารดาบังเกิดเกล้า (ชื่อตัว ชื่อกลาง นามสกุล)
ที่อยู่ ถนน เมือง	ที่อยู่ ถนน เมือง
รัฐ รหัสไปรษณีย์	รัฐ รหัสไปรษณีย์
มารดาของท่านทราบเกี่ยวกับการรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่ทราบ	บิดาของท่านทราบเกี่ยวกับการรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่ทราบ
หากในอนาคตเราต้องการตามหาตัวท่าน เราสามารถติดต่อมารดาของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือได้ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่	หากในอนาคตเราต้องการตามหาตัวท่าน เราสามารถติดต่อบิดาของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือได้ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

ค. ความเป็นบิดาของผู้เยาว์:

ชื่อบิดาบังเกิดเกล้าของเด็ก (ชื่อตัว ชื่อกลาง นามสกุล)	หมายเลขโทรศัพท์ถาวร (รหัสเขตโทรศัพท์) หมายเลข
ที่อยู่ที่ทราบครั้งล่าสุด (ถนน เมือง รัฐ ประเทศ หากไม่ได้อยู่ในสหรัฐอเมริกา)	

ง. ประวัติการสมรส:

1. ขณะนี้ท่านสมรสหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ หากตอบว่าใช่ สามีของท่านชื่ออะไร _____ (ชื่อตัว ชื่อกลาง นามสกุล)

   สามีของท่านอยู่ที่ไหน _____

จดทะเบียนสมรสใน (เมือง มณฑล รัฐ)

สถานที่สมรส (เมือง มณฑล รัฐ)	วันที่สมรส (เดือน วัน ปี)

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

2. ท่านเคยสมรสหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ หากใช่ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้:

ชื่อของคู่สมรสคนก่อน	จดทะเบียนสมรสที่ไหน	วันที่และสถานที่ที่ทำการสมรส	วันที่และสถานที่ที่ทำการหย่า	หากคู่สมรสถึงแก่กรรม ระบุวันที่และสถานที่ที่ถึงแก่กรรม	จำนวนบุตรที่เกิดจากการสมรสนี้
1.					
2.					
3.					

จ. บุตรคนอื่นๆ:

ท่านมีบุตรคนอื่นๆ นอกเหนือจากบุตรคนที่กำลังได้รับขอให้เป็นบุตรบุญธรรมใช่หรือไม่ ..... ☐ ใช่ ☐ ไม่
หากใช่ กรุณากรอกข้อความต่อไปนี้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ชื่อของบุตร	เพศ ช	เพศ ญ	กา (✓) ถ้าเป็นสายเลือดเดียวกันกับเด็ก เต็ม	ครึ่งหนึ่ง	วันเดือนปีเกิดของเด็ก	ใครเป็นผู้ดูแลเด็กคนนี้ *(ระบุความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก)*
1.						
2.						
3.						
4.						

ฉ. บรรพบุรุษที่เป็นอเมริกันอินเดียน:

มีใครในครอบครัวทางฝ่ายมารดาหรือฝ่ายบิดาของท่านที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษอเมริกันอินเดียนหรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่
หากใช่ กรุณากรอกข้อความในแบบฟอร์ม (JV-135/ADOPT-226) ให้ครบถ้วนสมบูรณ์
หากใช่ เผ่าใด_____ เผ่านี้อยู่ที่ใด_____
ปัจจุบันท่านหรือบิดามารดาของท่านจดทะเบียนกับเผ่าใด หรือเคยมีบรรพบุรุษคนใดได้เคยจดทะเบียนกับเผ่านี้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่
หากใช่ ท่านหรือบรรพบุรุษจดทะเบียนเลขที่เท่าใด_____
ท่าน บิดามารดา ปู่ย่าตายายของท่าน หรือบรรพบุรุษคนอื่นๆ เคยมีหนังสือรับรองระดับสายเลือดของชาวอินเดียน (Certificate of Degree of Indian Blood) หรือ CDIB หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่
หากใช่ กรุณาแนบสำเนาหนังสือรับรอง CDIB มาพร้อมกับแบบสอบถามนี้

ช. การปรึกษาทางจิตวิทยา:

ท่านเคยไปพบนักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ทางคลินิก โรงพยาบาลประสาท หรือนักบำบัดพฤติกรรมทางจิตสำหรับปัญหาทางอารมณ์ หรือทางจิตวิทยาหรือทางพฤติกรรมที่ท่านอาจมีหรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่
หากใช่ กรุณากรอกข้อความต่อไปนี้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์

วันที่และเหตุผลในการบำบัดรักษา:

ชื่อนักกายภาพบำบัด และ/หรือหน่วยงานบริการการบำบัดรักษา: | สถานที่:

ระบุชื่อยาที่สั่งจ่ายในระหว่างการบำบัดรักษาของท่าน:

เหตุผลในการหยุดการบำบัดรักษา ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาอีกต่อไป:

ซ. คำถามเกี่ยวกับการขอรับเป็นบุตรบุญธรรม: *(เฉพาะการขอรับเป็นบุตรบุญธรรมอิสระเท่านั้น)*

1. ท่านมีทนายความของท่านเป็นผู้ทำการแทนในระหว่างการขอรับเป็นบุตรบุญธรรมนี้หรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. นอกจากนี้ ทนายความของท่านยังเป็นทนายความสำหรับบิดามารดาที่ทำการขอรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่ทราบ
3. ค่าใช้จ่ายสำหรับการตั้งครรภ์ การดูแลรักษาก่อนคลอดและการคลอดจ่ายอย่างไร_____
4. บิดามารดาผู้ขอรับเป็นบุตรบุญธรรมจ่ายค่ากินอยู่ให้ท่านหรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่
   จ่ายเท่าใด _____
5. กฎหมายว่าด้วยการรับเป็นบุตรบุญธรรมของรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Adoption Law) กล่าวว่า บิดามารดาบังเกิดเกล้าผู้ประสงค์จะให้บุตรของตนได้รับการขอรับเป็นบุตรบุญธรรมจะต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับบิดามารดาที่จะขอรับเป็นบุตรบุญธรรมในอนาคต: ชื่อตัวและนามสกุลที่ถูกต้องตามกฎหมาย อายุ ศาสนา เชื้อชาติ หรือพื้นฐานของชนกลุ่มน้อย ระยะเวลาการสมรสในปัจจุบัน และจำนวนครั้งที่ทำการสมรสในอดีต การว่าจ้างงาน มีบุตรหรือผู้ใหญ่อื่นๆ พำนักอาศัยอยู่ในบ้านหรือไม่ มีบุตรคนอื่นๆ ที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ที่บ้านและมีภาระผูกพันในการส่งเสียค่าเลี้ยงดูบุตรคนอื่นๆ และไม่ได้ปฏิบัติตามภาระผูกพันเหล่านี้หรือไม่ มีปัญหาด้านสุขภาพซึ่งอาจทำให้ระยะเวลาที่มีชีวิตสั้นลงหรือภาระชีวิตประจำวันลดลง ได้รับการลงโทษด้านอาชญากรรมอื่นๆ นอกเหนือจากการละเมิดกฎจราจรเล็กๆ น้อยๆ มีการถูกนำเด็กออกจากการดูแล เนื่องจากการโหดร้ายต่อเด็กหรือการทอดทิ้งเด็ก และสถานที่พำนักอาศัยโดยทั่วไป เช่น หรือถ้าสอบถามถึงที่อยู่ ☐ ใช่ ☐ ไม่
6. ท่านมีข้อมูลนี้เกี่ยวกับบิดามารดาที่ขอรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่.....
7. ข้อมูลเพิ่มเติมใดเกี่ยวกับบิดามารดาที่ขอรับเป็นบุตรบุญธรรมที่ท่านต้องการหรือจำเป็นต้องมี _____
8. ท่านเคยพบกับบิดามารดาที่ขอรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่
9. หากใช่ ท่านคุ้นเคยกับบุคคลทั้งสองมากน้อยเพียงใด _____

ลายเซ็นของมารดาบังเกิดเกล้า | วันที่ที่กรอกข้อความในแบบฟอร์มครบถ้วน

ข้อมูลด้านบนจัดให้โดย: *(กรุณากาเครื่องหมายบนช่องสี่เหลี่ยมที่เหมาะสม)*
☐ มารดาบังเกิดเกล้า ☐ บิดาบังเกิดเกล้า ☐ บุคคลอื่น *(โปรดอธิบาย)*

ชื่อของเด็ก:	เลขที่คดี:
ชื่อเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์เจ้าของคดี:	ชื่อหน่วยงานบริการ:

หมวดที่ 2 — การไม่ระบุข้อมูลเกี่ยวกับบิดาบังเกิดเกล้า

ข้อมูลนี้จะมอบให้แก่บิดามารดาที่ขอรับเป็นบุตรบุญธรรมและจะให้แก่บุตรของท่าน กรุณาตอบคำถามทุกข้อให้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้

ส่วนที่ 1— ลักษณะของมารดาบังเกิดเกล้าขณะที่เด็กที่ได้รับเป็นบุตรบุญธรรมเกิด

ก. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางร่างกาย:

ส่วนสูง	น้ำหนักโดยทั่วไป	สีตา	สีผิว	สีผมธรรมชาติ	องค์ประกอบของผมตามธรรมชาติ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)
					☐ เส้นผมละเอียด ☐ เส้นผมปานกลาง ☐ เส้นผมหยาบ ☐ ผมเส้นตรง ☐ ผมหยักโศก ☐ ผมหยิก ☐ ศีรษะล้าน

วันเกิด (เฉพาะปีเกิด)	สถานที่เกิด (เฉพาะชื่อรัฐ)	หมู่โลหิต	ระบบกลุ่มเลือด RH	ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย	ท่านถนัดมือขวา ☐ หรือถนัดมือซ้าย ☐
				☐ โครงสร้างขนาดเล็ก ☐ โครงสร้างขนาดปานกลาง ☐ โครงสร้างขนาดใหญ่	

สัญชาติ/ชนกลุ่มน้อย

☐ ชนผิวขาว ☐ ฮิสแปนิก ☐ ชาวฟิลิปปินส์ ☐ ชนผิวดำ ☐ ชาวเอเชียหรือชาวหมู่เกาะแปซิฟิก

☐ อเมริกันอินเดียน หรือชนพื้นเมืองอะลาสก้า ☐ อื่นๆ _____

หากเป็นอเมริกันอินเดียน หรือชนพื้นเมืองอะลาสก้า กรุณาระบุเชื่อเผ่าและระดับสายเลือดของชาวอินเดียน *(หากทราบ)* _____

สายเลือดแห่งสัญชาติโดยเฉพาะ (ตัวอย่างเช่น: ชาวไอริช ฝรั่งเศส เยอรมัน ชาวจีนกวางตุ้ง เม็กซิกัน ชาวไนจีเรีย)

ข. การศึกษา:

ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ	ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน	ระดับการศึกษาในโรงเรียน	การฝึกอบรมอื่นๆ
	☐ ใช่ ☐ ไม่		

กิจกรรมนอกหลักสูตร

วิชาที่สนใจ

ค. อาชีพ:

อาชีพในปัจจุบัน	ทำมานานเท่าใดแล้ว	อะไรคืออาชีพประจำ

อะไรคือเป้าหมายทางอาชีพของท่าน (เช่น เป็นครู ช่างบัดกรี พนักงานขายของ)

ง. บุคลิกภาพ:

บรรยายบุคลิกภาพของท่านตามพฤติกรรม ทัศนคติ อารมณ์ กิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำ ประเภทของผู้ที่ท่านชอบสังสรรค์ด้วย ฯลฯ

บรรยายความสามารถพิเศษ งานอดิเรกและเป้าหมายในชีวิต

บรรยายชีวิตเมื่อยังเป็นเด็ก

จ คำถามเกี่ยวกับการขอรับเป็นบุตรบุญธรรม:

ศาสนา:

ท่านนับถือศาสนาใด _____

ท่านเต็มใจให้บุตรของท่านอยู่ในการเลี้ยงดูของบิดามารดาบุญธรรมที่นับถือศาสนาอื่นที่แตกต่างจากท่านหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

หากไม่ ท่านต้องการให้บุตรท่านได้รับการเลี้ยงดูในศาสนาใด _____

เหตุใดท่านจึงมอบให้บุตรของท่านเป็นบุตรบุญธรรม (กรุณาตอบคำถามเท่าที่ท่านสามารถตอบได้ นี่เป็นคำถามที่ผู้ได้รับเป็นบุตรบุญธรรมที่เป็นผู้ใหญ่มักถามหน่วยงานบริการการรับเป็นบุตรบุญธรรมบ่อยๆ)

หากบุตรของท่านไม่ได้ถูกยกให้เป็นบุตรบุญธรรมหลังคลอด กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพและพัฒนาการของบุตรของท่านก่อนยกให้เป็นบุตรบุญธรรม

ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับได้รับการติดต่อจากบุตรที่ถูกรับเป็นบุตรบุญธรรมหลังจากที่เขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว

			☐ ใช่ ☐ ไม่	จำนวนวันที่ครบรอบประจำเดือน

☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ หากตอบว่าใช่ กรุณาอธิบาย

มารดาของท่านใช้ "DES ขณะที่ท่านอยู่ในครรภ์" หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่ทราบ

ชื่อและที่อยู่ของสูติแพทย์ที่ให้การดูแลท่านก่อนคลอด

_____ ที่อยู่ _____ ถนน _____ เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

วิธีให้กำเนิด
☐ บุตรคนเดียว ☐ หลายคน ☐ หากหลายคน มีกี่คน

การตั้งครรภ์ครั้งนี้ประสบความยุ่งยากหรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ หากใช่ กรุณาอธิบาย

ท่านมีบุตรคนอื่นๆ หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ หากใช่ มีกี่คน

หากใช่ ต่อข้อใดข้อหนึ่งจากด้านบน กรุณาระบุสถานภาพโดยเฉพาะ วันที่และประเภทของการบำบัดรักษา

_____	รับประทานขณะที่ตั้งครรภ์		รับประทานหนึ่งปีก่อนตั้งครรภ์		เมื่อใด	บ่อยเพียงใด	ปริมาณเท่าใด
	(เลือกกา 4 คอลัมน์ที่เหมาะสม)						
	ใช่	ไม่	ใช่	ไม่			
1.							
2.							
3.							
4.							
_____							
1.							
2.							
3.							
4.							
_____							
1. แอลกอฮอล์ (ไวน์ เบียร์ ฯลฯ).....							
2. ยาม้า (ตื่นตัว)							
3. ยานอนหลับ (ง่วงนอน)							
4. ยาสูบ							
5. โคเคน.....							
6. โคเคนชนิดก้อน.....							
7. เฮโรอีน							
8. แอล เอส ดี							
9. พี ซี พี							
10. กัญชา							
11. อื่นๆ (กรุณาระบุ)							

ท่านเคยใช้ยาเสพติดแบบเข็มฉีดหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

ช. ประวัติสุขภาพส่วนตัว::

บรรยายสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน

เมื่อท่านเป็นเด็กท่านป่วยเป็นโรคอะไร

โรคหัด: ☐ โรคหัดเยอรมัน (3 วัน) ☐ โรคคางทูม ☐ ไข้ละอองฟาง ☐ เยื่อหูอักเสบ ☐ ไข้รูมาติกที่มีอาการทางหู ☐ ไข้รูมาติก

☐ โรคหัดเยอรมัน (2 สัปดาห์) ☐ โรคอีสุกอีใส ☐ ผื่นแดง ☐ สมองอักเสบ ☐ เสียงแผ่วจากการไหลของโลหิตผ่านหัวใจ ☐ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ

☐ โรคหืด ☐ เยื่ออักเสบ ☐ ไข้อีดำอีแดง ☐ อื่นๆ (กรุณาระบุ)

มีการผ่าตัดครั้งใหญ่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ หากใช่ สถานภาพเป็นอย่างไร และผ่าตัดเมื่อใด

ท่านเป็น

☐ ฝาแฝด ☐ แฝดสามคน ☐ แฝดหลายคน

ท่านเป็น

☐ แฝดเหมือน หรือ ☐ แฝดไม่เหมือน

ช. ประวัติครอบครัว:

ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ หากใช่ กรุณาแจ้งว่าเป็นใคร

	บิดาบังเกิดเกล้าของท่าน	มารดาบังเกิดเกล้าของท่าน
อายุปัจจุบัน		
ถ้าเสียชีวิตแล้ว เมื่ออายุเท่าใด....		
อะไรเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต		
ส่วนสูงและน้ำหนัก	ส่วนสูง / น้ำหนัก	ส่วนสูง / น้ำหนัก
สีผมและลักษณะของเส้นผม		
สีตา.....		
สีผิว.....		
ถนัดมือขวา หรือมือซ้าย		
ลักษณะเด่น.....		
ระดับการศึกษา		
อาชีพ.....		
เชื้อชาติ/ชนกลุ่มน้อย	☐ ชนผิวขาว ☐ ฮิสแปนิค ☐ ชนผิวดำ ☐ ชาวฟิลิปปินส์ ☐ ชาวเอเชียหรือหมู่เกาะแปซิฟิก ☐ อื่นๆ (กรุณาระบุ) ☐ อเมริกันอินเดียน หรือชนพื้นเมืองอะลาสก้า	☐ ชนผิวขาว ☐ ฮิสแปนิค ☐ ชนผิวดำ ☐ ชาวฟิลิปปินส์ ☐ ชาวเอเชียหรือหมู่เกาะแปซิฟิก ☐ อื่นๆ (กรุณาระบุ) ☐ อเมริกันอินเดียน หรือชนพื้นเมืองอะลาสก้า
สัญชาติ		
ศาสนา		
บิดาหรือมารดาผู้นี้ทราบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ใช่หรือไม่	☐ **ใช่** ☐ **ไม่**	☐ **ใช่** ☐ **ไม่**
มีพี่ชาย น้องชาย หรือพี่สาว น้องสาวกี่คน.....		
ถ้าลุงป้าหรือน้าอาเสียชีวิตแล้ว เมื่ออายุเท่าใด และอะไรเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต		

	บิดามารดาของบิดาของท่าน		บิดามารดาของมารดาของท่าน	
	บิดา	**มารดา**	**บิดา**	**มารดา**
อายุ				
ถ้าเสียชีวิตแล้ว เมื่ออายุเท่าใด และอะไรเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต...				
บรรยายลักษณะทางร่างกายe				
ส่วนสูงและน้ำหนัก	ส่วนสูง / น้ำหนัก	ส่วนสูง / น้ำหนัก	ส่วนสูง / น้ำหนัก	ส่วนสูง / น้ำหนัก
ลักษณะเด่น.....				
จบการศึกษา.....				
อาชีพปัจจุบันหรืออาชีพในอดีต				
เขาทราบถึงการตั้งครรภ์หรือไม่ ...	☐ **ใช่** ☐ **ไม่**	☐ **ใช่** ☐ **ไม่**	☐ **ใช่** ☐ **ไม่**	☐ **ใช่** ☐ **ไม่**

ซ. ประวัติครอบครัว: (ต่อ)

พี่ชายหรือน้องชายและพี่สาวหรือน้องสาวของท่าน

(ถ้าท่านมีพี่น้องเกิน 4 คน กรุณาเขียนในกระดาษแผ่นต่างหาก)

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

บุตรคนอื่นๆ ของท่าน

(ถ้าท่านมีบุตรมากกว่า 4 คน กรุณาเขียนในกระดาษแผ่นต่างหาก)

	บุตรคนที่ 1	บุตรคนที่ 2	บุตรคนที่ 3	บุตรคนที่ 4
กรุณาระบุถ้าเป็นบุตรชายหรือบุตรสาว .				
วันเดือนปีเกิด หรืออายุ				
เด็กผู้นี้เป็นพี่น้องเต็มหรือครึ่งสายเลือดกับผู้ที่ได้รับเป็นบุตรบุญธรรม	☐ เต็ม ☐ ครึ่ง	☐ เต็ม ☐ ครึ่ง	☐ เต็ม ☐ ครึ่ง	☐ เต็ม ☐ ครึ่ง
ถ้าเสียชีวิตแล้ว เมื่ออายุเท่าใด				
อะไรเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต				
ส่วนสูงและน้ำหนัก.....	ส่วนสูง / น้ำหนัก	ส่วนสูง / น้ำหนัก	ส่วนสูง / น้ำหนัก	ส่วนสูง / น้ำหนัก
สีผมและลักษณะของเส้นผม				
สีตา.....				
สีผิว				
ถนัดมือขวา หรือมือซ้าย.....				
ระดับการศึกษา				
เด็กผู้นี้พักอาศัยอยู่กับท่านหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่
งานอดิเรกและความสามารถ				
สุขภาพทั่วไป				
การผ่าตัดครั้งใหญ่				
ปัญหาสุขภาพ				
เด็กผู้นี้ทราบเรื่องการตั้งครรภ์หรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่

ญ. ประวัติสุขภาพของท่าน ของบิดามารดาของท่านและญาติคนอื่นๆ

กรุณาระบุโดยการกาเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยมที่เหมาะสม ถ้า ท่าน หรือ ญาติ คนใดคนหนึ่ง (เช่น บิดามารดา พี่สาวน้องสาว พี่ชายน้องชาย น้ำหรืออา ลุงหรือป้า ปู่ย่าตายาย บุตรคนอื่นๆ ของท่าน เป็นต้น) เคยมีหรือขณะนี้มีสถานภาพทางการแพทย์ซึ่งระบุไว้ที่ด้านล่าง กรุณาระบุความสัมพันธ์ของบุคคลผู้นี้กับท่าน โปรดกรอกข้อความในหมวดข้อคิดเห็นให้ครบถ้วน หากสถานภาพทางการแพทย์เป็นสาเหตุให้สมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งถึงแก่ความตาย ในหมวดข้อคิดเห็นกรุณาระบุถึงเรื่องนี้และอายุของบุคคลผู้นี้โดยประมาณขณะเสียชีวิต

สถานภาพทางการแพทย์	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. ระดกสันหลังผิดปกติ					
9. หัวใจพิการมาแต่กำเนิด					
10. โรคโลหิตจาง					
11. โรคเทย์-แซคส์ (Tay-Sachs)					
ข. โรคภูมิแพ้ 1. ผิวหนังอักเสบหรือภาวะผิวอื่นๆ					ทราบสาเหตุหรือไม่ บำบัดรักษาอย่างไร รับประทานยาอะไร
2. ไข้ละอองฟางหรือโรคภูมิแพ้อื่นๆ					
3. แพ้ยา					แพ้ยาอะไร
4. แพ้อาหาร					แพ้อาหารอะไร
ค. ความผิดปกติทางตา ฟัน หู และพัฒนาการอื่นๆ 1. ตาบอด ต้อหิน ตาบอดสีหรือปัญหาอื่นๆ เกี่ยวกับสายตา ☐					
2. แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ ☐					ใบสั่งเลนส์จำเป็นสำหรับใช้กับอายุเท่าใด
สายตาสั้น สายตายาว ☐					
สายตาเอียง (ไม่สามารถมองตรงๆ ได้) ☐					
ตาเหร่ (ตาเข) ☐					
อื่นๆ (อธิบาย)					
3. ตัดฟันหรือการทันตกรรมจัดฟันอื่นๆ					ถ้าเป็นเช่นนั้น การทันตกรรมจัดฟันด้านไหนและเป็นเวลานานเท่าใด

ญ. ประวัติสุขภาพของท่าน ของบิดามารดาของท่านและญาติคนอื่นๆ (ต่อ)

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

ฌ. ประวัติสุขภาพของท่าน ของบิดามารดาของท่านและญาติคนอื่นๆ (ต่อ)

สถานภาพทางการแพทย์	ไม่มี	ไม่ทราบ	ใช่ ตนเอง	ใช่ - ญาติ *(กรุณาระบุความสัมพันธ์)*	ข้อคิดเห็น
ซ. ภาวะผิดปกติด้านต่อมน้ำเหลือง					ประเภทใด เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด ส่วนไหนของร่างกาย
1. มะเร็ง					
2. เนื้องอก					
3. ไซส์ติก ไฟโบรซิส					
4. โรคต่อมน้ำเหลืองอักเสบเรื้อรัง					
ญ. ภาวะผิดปกติทางระบบประสาท					เกี่ยวข้องกับร่างกายส่วนไหน เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด
1. อาการสั่นกระตุก					
2. โรคเส้นประสาทผิดปกติ					
3. โรคสมองเป็นอัมพาต					
4. โรคลมหรือชักกะตุก					เริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด บำบัดรักษาอย่างไร บ่อยเพียงใด
5. โรคลมบ้าหมู					
ฌ. การติดเชื้อ เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล					ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือไม่
1. เป็นไข้ซ้ำเนื่องจากการติดเชื้อที่ทราบสาเหตุ					
2. การติดเชื้อซ้ำอย่างร้ายแรง ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล					
3. เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ผ่าตัด หรือบาดเจ็บ					เพื่ออะไร เมื่อใด
ฎ. ปัญหาทางการแพทย์หรือสุขภาพอื่นๆ					