

ข้อมูลเกี่ยวกับมารดาผู้ให้กำเนิดของเด็ก

ชื่อของเด็ก	หมายเลขเคส
ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเคส	ชื่อหน่วยงาน

คำแนะนำในกรอกข้อมูลให้สมบูรณ์:

- เขียนให้ชัดเจน -โดยใช้ปากกา
- กรอกทุกช่อง หากท่านไม่ทราบคำตอบ ให้ระบุไว้ว่า “ไม่ทราบ”
- แบบฟอร์ม AD 67 แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลที่ “ระบุตัวตนบุคคล” และจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลนี้ต่อเด็กที่ท่านยกให้เป็นบุตรบุญธรรม หรือพ่อแม่บุญธรรมของเด็ก ยกเว้นท่านให้การอนุญาตแก่เราเป็นลายลักษณ์อักษรว่าสามารถเปิดเผยข้อมูลได้ ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อมูลที่ “ไม่ระบุตัวตนบุคคล” หมายความว่าด้วยการรับบุตรบุญธรรมกำหนดว่า สาเนาหนึ่งชุดของส่วนที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทางการแพทย์ ทางจิตวิทยา และสังคม จะถูกเปิดเผยให้พ่อแม่บุญธรรมของเด็กของท่านก่อนที่การรับบุตรบุญธรรมจะเสร็จสมบูรณ์และหากได้รับการร้องขอจากเด็กที่ท่านยกให้เป็นบุตรบุญธรรม เมื่อเด็กอายุถึง 18 ปี
- ข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอในแบบฟอร์มนี้มีความสำคัญสำหรับการดำเนินการรับบุตรบุญธรรมที่สมบูรณ์สำหรับเด็กของท่าน

ส่วนที่ 1— ข้อมูลที่ระบุตัวตนบุคคลของมารดาผู้ให้กำเนิด
ข้อมูลนี้จะถูกเก็บเป็นความลับเว้นแต่ท่านอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรให้เปิดเผยได้

A. ชื่อ/ที่อยู่

ชื่อของมารดาผู้ให้กำเนิด (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล)		ชื่อก่อนสมรส		ชื่ออื่นที่เป็นที่รู้จัก	
หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขใบขึ้นทะเบียน	วันเดือนปีเกิด (เดือน, วัน, ปี)		สถานที่เกิด (เมื่อมี รัฐ ประเทศ)	
ที่อยู่ปัจจุบัน (ถนน, เมือง, รัฐ, รหัสไปรษณีย์)					เบอร์โทรศัพท์ ()
ที่อยู่ถาวรทางไปรษณีย์ (ถนน, เมือง, รัฐ, รหัสไปรษณีย์) *					เบอร์โทรศัพท์ถาวร ()
ข้อจำกัดในการใช้ที่อยู่ถาวรทางไปรษณีย์ หากมี					

B. บิดามารดาของมารดาผู้ให้กำเนิด (บิดามารดาผู้เลี้ยงดูท่าน)

ชื่อมารดาของมารดาผู้ให้กำเนิดเด็ก (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล)			ชื่อของบิดาของมารดาเด็ก (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล)		
ที่อยู่	ถนน	เมือง	ที่อยู่	ถนน	เมือง
รัฐ			รัฐ		
รหัสไปรษณีย์			รหัสไปรษณีย์		
มารดาของท่านทราบเรื่องการยกบุตรให้เป็นบุตรบุญธรรมนี้ หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ			บิดาของท่านทราบเรื่องการยกบุตรให้เป็นบุตรบุญธรรมครั้งนี้ หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ		
หากในอนาคตเรามีความจำเป็นต้องติดต่อหาท่าน เราสามารถติดต่อมารดาของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือได้หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้			หากในอนาคตเราต้องการทราบที่อยู่ของท่าน เราจะติดต่อบิดาของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือได้หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้		

C. ความเป็นพ่อของผู้เยาว์

ชื่อของบิดาผู้ให้กำเนิดเด็ก (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล)	เบอร์โทรศัพท์ถาวร ()
ที่อยู่ล่าสุดที่ทราบ (ถนน, เมือง, รัฐ, ประเทศ หากอยู่นอกประเทศ สหรัฐฯ)	
ท่านและบิดาของบุตรเคยพยายามที่จะสมรสกันหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
ถ้าใช่ โปรดอธิบาย	

D. ประวัติการสมรส

1. ปัจจุบันท่านสมรสหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ หากใช่ คู่สมรสของท่านชื่ออะไร _____
 ที่อยู่ของเขา/เธอคืออะไร _____

สถานที่สมรสปัจจุบัน (เมือง, เทศมณฑล, รัฐ) _____

สถานที่สมรส (เมือง, เทศมณฑล, รัฐ)	วันที่สมรส (ดด, วว, ปป)

*หมายเหตุ: การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ถาวรทางไปรษณีย์สำคัญมากซึ่งท่านจะต้องแจ้งให้แผนกบริการสังคมรัฐแคลิฟอร์เนียทราบ

2. ท่านเคยสมรสครั้งอื่นๆ หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ หากใช่ ตอบ:					
ชื่อของอดีตคู่สมรส	ใบทะเบียนสมรสออกให้ที่ไหน	วันที่และสถานที่สมรส	วันที่และสถานที่หย่าร้าง	หากคู่สมรสเสียชีวิตระบุวันที่และสถานที่ที่เสียชีวิต	จำนวนบุตรที่เกิดจากการสมรส
1.					
2.					
3.					
4.					

E. บุตรคนอื่นๆ

ท่านมีบุตรคนอื่นๆ อีกหรือไม่ นอกเหนือจากเด็กที่จะกำลังจะยกให้เป็นบุตรบุญธรรม ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
หากมี โปรดกรอกข้อมูลต่อไปนี้:

ชื่อของเด็ก	เพศ ช ญ	เลือก (✓) หากมีสายเลือด เกี่ยวพันกับเด็กที่จะถูกยก ให้เป็นบุตรบุญธรรม เดิม ครั้ง	วันเดือนปีเกิดของเด็ก	ใครเป็นผู้ดูแลเด็กคนนี้ (ระบุความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็ก)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

F. บรรพบุรุษเป็นอเมริกันอินเดียนแดง (ต้องกรอกแบบฟอร์ม ICWA-020 ให้เรียบร้อย)

บุคคลใดในครอบครัวของท่านหรือทางฝ่ายมารดาหรือบิดามีบรรพบุรุษเป็นอเมริกันอินเดียนแดง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
หากมี เป็นชนเผ่าใด ชนเผ่าผู้นั้นอยู่ที่ใด:

ท่านหรือบิดามารดาของท่านปัจจุบันขึ้นทะเบียนกับชนเผ่า หรือมีบรรพบุรุษท่านอื่นเคยขึ้นทะเบียนกับชนเผ่าผู้นั้นหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
หากมี หมายเลขการขึ้นทะเบียนของเขาคือหมายเลขใด

ท่าน บิดามารดาของท่าน ปู่ย่าตายาย หรือบรรพบุรุษของท่านอื่นใด เคยได้รับใบรับรองระดับการมีสายเลือดชนเผ่าอินเดียนแดง (Degree of Indian Blood, CDIB) หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
หากมี โปรดแนบสำเนาของ CDIB มาพร้อมกับแบบสอบถามนี้

G. การให้คำปรึกษาทางด้านจิตวิทยา

ท่านเคยไปพบนักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์เชิงการรักษา นักบำบัดสุขภาพจิต หรือสุขภาพที่เกี่ยวกับพฤติกรรม
สำหรับปัญหาทางด้านอารมณ์ หรือด้านจิตวิทยา หรือปัญหาพฤติกรรมที่ท่านอาจเคยมี หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
หากใช่ โปรดกรอกข้อมูลต่อไปนี้:

วันที่และเหตุผลสำหรับการรักษาพยาบาล

ชื่อของนักบำบัด หรือหน่วยงานที่ให้การรักษาพยาบาล

สถานที่

ระบุชื่อยาที่แพทย์สั่งให้ในระหว่างการรักษาพยาบาลของท่าน

เหตุผลในการหยุดการรักษา หากไม่ได้อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลแล้ว

H. คำถามเกี่ยวกับการยกบุตรให้เป็นบุตรบุญธรรม (สำหรับการยกบุตรให้เป็นบุตรบุญธรรมที่เป็นอิสระเท่านั้น)

1. หมายความว่าท่านเป็นตัวแทนของท่านในระหว่างการยกบุตรให้เป็นบุตรบุญธรรม ใช่หรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. หมายความว่าท่านยังเป็นตัวแทนของบิดามารดาที่ขอรับบุตรบุญธรรมด้วยใช่หรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ
3. ใครเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการตั้งครรภ์ รวมทั้ง การดูแลก่อนการคลอด การคลอดลูกและค่าใช้จ่ายอื่นๆ _____
4. บิดามารดาที่ขอรับบุตรบุญธรรมจ่ายค่าครองชีพใดๆ ให้กับท่านหรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
พวกเขาจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าใด \$ _____
5. กฎหมายว่าด้วยการรับบุตรบุญธรรมของรัฐแคลิฟอร์เนียกำหนดว่า บิดามารดาผู้ให้กำเนิดซึ่งเป็นผู้ยกบุตรให้เป็นบุตรบุญธรรมนั้นต้องมีความรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับ
บิดามารดาที่ขอรับบุตรบุญธรรม
โปรดระบุว่า ท่านมีข้อมูลต่อไปนี้เกี่ยวกับบิดามารดาที่ขอรับบุตรบุญธรรม หรือไม่:
ชื่อเต็มตามกฎหมาย ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
อายุ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ศาสนา ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
เชื้อชาติ หรือ ชาติพันธุ์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ระยะเวลาของการสมรสในปัจจุบัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
จำนวนครั้งของการสมรสก่อนหน้านี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
พื้นที่ทั่วไปของที่พักอาศัย (หากมีอยู่ ให้ระบุที่อยู่ของพวกเขา) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
การทำงาน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
มีเด็กหรือผู้ใหญ่คนอื่น อาศัยอยู่ในบ้านของเขาหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
เด็ก ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในบ้านของพวกเขา ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
มีพันธะผูกมัดในการจ่ายค่าเลี้ยงดูใดๆ สำหรับเด็กเหล่านี้ หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
มีความล้มเหลวในการจ่ายค่าเลี้ยงดูเด็ก หรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
เงื่อนไขด้านสุขภาพได้จำกัดกิจกรรมประจำวันตามปกติหรือได้ลดความคาดหวังในชีวิตปกติ หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
มีประวัติในการถูกจับกุมและมีความผิดในคดีอาชญากรรมใดๆ นอกเหนือจากการฝ่าฝืนกฎจราจร หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
มีการเพิกถอนเด็กออกจากกรณีเลี้ยงดู อันเนื่องมาจากการทำร้ายหรือการละเลยเด็ก หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6. ท่านต้องการ หรือจำเป็นต้องมีข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ เกี่ยวกับบิดามารดาที่ขอรับบุตรบุญธรรม หรือไม่ _____

7. ท่านเคยพบบิดามารดาที่ขอรับบุตรบุญธรรมหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8. หากเคย ท่านรู้จักคุ้นเคยกับพวกเขาดีเพียงใด _____

ลายมือชื่อของมารดาผู้ให้กำเนิด

วันที่กรอกแบบฟอร์มครบถ้วนสมบูรณ์

ผู้ให้ข้อมูลข้างต้น: (เลือกช่องที่เหมาะสม)

☐ มารดาผู้ให้กำเนิด ☐ บิดาผู้ให้กำเนิด ☐ อื่นๆ (โปรดอธิบาย) _____

ชื่อของเด็ก		หมายเลขเคส
ชื่อเจ้าหน้าที่ดูแลเคส	ชื่อหน่วยงาน	

ส่วนที่ 2— ข้อมูลที่ไม่ระบุตัวตนบุคคลของมารดาผู้ให้กำเนิด

ข้อมูลนี้จะเปิดเผยต่อบิดามารดาที่จะรับบุตรบุญธรรม และบุตรของท่าน โปรดตอบคำถามทุกข้อให้สมบูรณ์มากที่สุดเท่าที่ทำได้

ลักษณะเฉพาะของมารดาผู้ให้กำเนิด ณ เวลาที่ให้กำเนิดเด็ก

A. ข้อมูลทั่วไปและคำอธิบายทางจิตวิทยา						
ความสูง	น้ำหนักโดยปกติ	สีตา	สีผิว	สีผมตามธรรมชาติ	ลักษณะเส้นผมตามธรรมชาติ (เลือกทั้งหมดที่ตรง) ☐ ละเอียด ☐ ปานกลาง ☐ หยิบ ☐ ตรง ☐ เป็นลอน ☐ หยักศก ☐ ล้วน	
วันเกิด (ปีเท่านั้น)	สถานที่เกิด (ชื่อรัฐเท่านั้น)	กลุ่มเลือด	กลุ่มเลือดอาร์เอช	ลักษณะโครงร่าง ☐ กระดูกเล็ก ☐ กระดูกขนาดกลาง ☐ กระดูกขนาดใหญ่	ท่านเป็นคนถนัดขวา ไขหรือไม ☐ ถนัดซ้ายหรือไม่ ☐	

เชื้อชาติ/กลุ่มชาติพันธุ์:

☐ คนผิวขาว ☐ ชาวฮิสแปนิก ☐ ชาวฟิลิปปินส์ ☐ คนผิวดำ ☐ คนชาวเอเชีย หรือชนหมู่เกาะแปซิฟิก

☐ อเมริกันอินเดียนแดง หรือชนพื้นเมืองอลาสก้า ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

หากเป็นอเมริกันอินเดียนแดง หรือชนพื้นเมืองอลาสก้า โปรดระบุชื่อชนเผ่าและระดับความเข้มข้นของสายเลือดอินเดียนแดง (หากทราบ) _____

การสืบเชื้อสายโลหิตจากผู้มีสัญชาติเฉพาะ: (เช่น: ไอร์ส ฝรั่งเศส เยอรมัน จีนกวางตุ้ง แมกซิกัน ในจีเรีย)

B. การศึกษา			
ชั้นเรียนสุดท้ายที่จบการศึกษา	ปัจจุบันศึกษาอยู่ในโรงเรียนหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ระดับการเรียนปกติในชั้นเรียน	การฝึกอบรมอื่นๆ

กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรพิเศษ

สนใจในวิชา

C. อาชีพ		
อาชีพในปัจจุบัน	นานเท่าใด	โดยปกติ ประกอบอาชีพอะไร

เป้าหมายในอาชีพของท่านคืออะไร (ตัวอย่างเช่น: เป็นครู ช่างเชื่อม พนักงานขาย)

D. บุคลิกภาพ
บรรยายบุคลิกภาพของท่านในแง่ของพฤติกรรมปกติ หัสนคติ อารมณ์ กิจกรรมปกติที่ท่านมักเข้าร่วม ประเภทของบุคคลที่ท่านมีความสุขที่จะอยู่ด้วย และอื่นๆ

บรรยายความสามารถพิเศษ งานอดิเรกและเป้าหมายในชีวิตของท่าน

บรรยายชีวิตในวัยเด็กของท่าน

E. คำถามเกี่ยวกับการยกบุตรให้เป็นบุตรบุญธรรม

ท่านนับถือศาสนาใด _____

ท่านมีความตั้งใจที่จะให้บุตรของท่านได้รับการเลี้ยงดูตามศาสนาของบิดามารดาที่จะขอรับมรดกบุตรบุญธรรม ใช่หรือไม่ หากแตกต่างจากศาสนาของท่าน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากไม่ใช่ ท่านปรารถนาที่จะให้บุตรของท่านได้รับการเลี้ยงดูและเติบโตขึ้นมาในศาสนาใด _____

เหตุใดท่านจึงยกเด็กคนนี้ให้เป็นบุตรบุญธรรม (โปรดตอบอย่างละเอียดถี่ถ้วนที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ นี่เป็นคำถามที่บุตรบุญธรรมที่เป็นผู้ใหญ่มักจะถามกับหน่วยงานรับบุตรบุญธรรมบ่อยๆ)

หากบุตรของท่านไม่ได้ถูกยกให้เป็นบุตรบุญธรรมตั้งแต่เกิด โปรดให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็ก สุขภาพ และพัฒนาการก่อนการยกเด็กให้เป็นบุตรบุญธรรม

ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการได้รับการติดต่อจากบุตรที่ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมเมื่อเขาหรือเธอเติบโตเป็นผู้ใหญ่

F. ประวัติการมีรอบเดือน และประวัติการตั้งครรภ์บุตรคนใหม่ของมารดาผู้ให้กำเนิด

1. ประวัติการมีรอบเดือน	ท่านมีรอบเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร	โดยปกติ ท่านมีรอบเดือนนานกี่วัน	รอบเดือนมาปกติใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ระยะห่างของรอบเดือนกี่วัน
--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------

รอบเดือนท่านมีปัญหาใดหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี หากมี โปรดอธิบาย

2. การตั้งครรภ์ครั้งนี้	ชื่อและที่อยู่ของสูติศรแพทย์ผู้ให้การดูแลช่วงก่อนคลอด			
	ชื่อของสูติศรแพทย์		ที่อยู่	

การดูแลก่อนคลอดเริ่มเมื่อใด	ท่านอายุเท่าไรเมื่อท่าน เริ่มตั้งครรภ์	จำนวนสัปดาห์ของการตั้งครรภ์	ชนิดของการคลอด: ☐ คนเดียว ☐ หลายคน ☐ ถ้าหลายคน จำนวนกี่คน
-----------------------------	--	-----------------------------	---

มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่, โปรดอธิบาย

ท่านได้ให้กำเนิด เด็กคนอื่นๆ อีกหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่, กี่ครั้ง

3. ความเจ็บป่วยในระหว่างการตั้งครรภ์	หัดเยอรมัน..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ไวรัส (เช่น ไซทาร์ด)..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
	การติดเชื้อ..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	☐ โรคเรื้อรัง ☐ โรคหนองใน ☐ โรคซิฟิลิส	อุบัติเหตุ..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
		☐ โรคหนองในเทียม ☐ หูดหนองไก่	

หากตอบ ใช่ ต่อคำถามใดก็ตาม ให้ระบุชนิดของความเจ็บป่วย วันที่และประเภทของการรักษาพยาบาล

4. ยาที่รับประทานในระหว่าง และภายในหนึ่งปีก่อนการตั้งครรภ์

a. <u>ยาตามใบสั่งแพทย์:</u> <u>[โปรดระบุชื่อยา]</u>	ยาที่รับประทานระหว่างการตั้งครรภ์		ยาที่รับประทานภายในหนึ่งปีก่อนการตั้งครรภ์		เมื่อไหร่	บ่อยเพียงใด	จำนวนเท่าใด
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่			
1.							
2.							
3.							
4.							
b. <u>ยาที่ไม่ใช่ยาตามใบสั่งแพทย์:</u> <u>[รวมถึง แอสไพริน ยาหยอดจมูกและอื่นๆ]</u>							
1.							
2.							
3.							
4.							
c. <u>แอลกอฮอล์และสารอื่นๆ:</u>							
1. แอลกอฮอล์ (ไวน์ เบียร์และอื่นๆ)							
2. แอมเฟตามีน (ยากระตุ้นประสาท)							
3. บาร์บิเตรท (ยากดประสาท)							
4. ยาสูบ							
5. โคเคน							
6. โคเคนรูปผลึกเป็นก้อน							
7. เฮโรอีน							
8. แอลเอสดี (LSD)							
9. เฟนิไซคลิดีน หรือ พีซีพี (PCP)							
10. กัญชา							
11. อื่นๆ (โปรดระบุ)							

ท่านเคยเป็นผู้เสพสารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

G. ประวัติสุขภาพส่วนบุคคล

บรรยายสุขภาพโดยรวมของท่าน

ในวัยเด็ก ท่านป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง

โรคหัด: ☐ โรคหัดเยอรมัน (3 วัน)☐ โรคคางทูม☐ โรคไข้อยองฟาง☐ การติดเชื้อที่หู☐ ไข้รูมาติก☐ โรคไิกกรน

☐ โรคหัดจากไวรัสสุรบีโอลา (2 อาทิตย์)☐ โรคอีสุกอีใส☐ โรคหัดกุหลาบ☐ โรคสมองอักเสบ☐ เสียงฟู่ของหัวใจ☐ โรคการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ/กระเพาะปัสสาวะ

☐ โรคหัด☐ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ☐ ไข้อีต้าอีแดง☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ สำหรับความเจ็บป่วยอะไร และเมื่อใด _____

ท่านเป็นหนึ่งใน

☐ แผลสองคน☐ แผลสามคน☐ ลูกแผลแบบอื่นๆ

ท่านเป็นหนึ่งใน:
☐ แผลเหมือน หรือ ☐ แผลเทียม

H. ประวัติครอบครัว

ท่าน หรือสมาชิกใดๆ ในครอบครัวปัจจุบันเป็นบุตรบุญธรรมใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ โปรดระบุว่าใคร _____

	บิดาผู้ให้กำเนิดท่าน		มารดาโดยสายเลือดของท่าน	
อายุปัจจุบัน				
หากเสียชีวิต อายุในขณะเสียชีวิต				
สาเหตุของการเสียชีวิต				
ส่วนสูงและน้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก
เส้นผมและสีผม				
สีตา				
สีผิว				
ถนัดซ้ายหรือขวา				
รูปพรรณสัณฐานที่โดดเด่น				
การศึกษาที่ได้รับ				
อาชีพ				
เชื้อชาติ/กลุ่มชาติพันธุ์	☐ ขนผิวขาว ☐ ฮิสแปนิก ☐ ขนผิวดำ ☐ ฟิลิปปินส์ ☐ ขนชาวเอเชียหรือชาวหมู่เกาะแปซิฟิก ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) ☐ อเมริกันอินเดียแดง หรือชนพื้นเมืองอลาสก้า		☐ ขนผิวขาว ☐ ฮิสแปนิก ☐ ขนผิวดำ ☐ ฟิลิปปินส์ ☐ ขนชาวเอเชียหรือชาวหมู่เกาะแปซิฟิก ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) ☐ อเมริกันอินเดียแดง หรือชนพื้นเมืองอลาสก้า	
สัญชาติ				
ศาสนา				
บิดามารดาที่ได้รับการรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของท่านหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
ท่านมีพี่ชายน้องชายหรือพี่สาวน้องสาวกี่คน				
หากป้าหรือลุงคนใดของท่านเสียชีวิตแล้ว โปรดบอกอายุในขณะเสียชีวิตและสาเหตุของการเสียชีวิต				
	บิดามารดาของบิดาของท่าน		บิดามารดาของมารดาท่าน	
	บิดา		มารดา	
บิดา				
หากเสียชีวิต อายุในขณะเสียชีวิต และสาเหตุของการเสียชีวิต				
บรรยายลักษณะรูปร่าง				
ส่วนสูงและน้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก
รูปพรรณสัณฐานที่โดดเด่น				
ระดับการศึกษาที่จบ				
อาชีพปัจจุบันหรือก่อนหน้า				
เขา/เธอได้รับการตั้งครรภ์ของท่านหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

AD 67 (Thai) (5/15)

Page 7 of 11

H. ประวัติครอบครัว (ต่อ)									
พี่ชายน้องชายและพี่สาวน้องสาวของท่าน (หากท่านมีพี่น้องมากกว่า 4 คน โปรดใช้น้ำกระดาดเพิ่มเติม)									
	1		2		3		4		
เพศ (ชายหรือหญิง)									
อายุ									
หากเสียชีวิต อายุขณะเสียชีวิต และสาเหตุของการเสียชีวิต									
เป็นพี่น้องเต็มสายเลือด หรือร่วม	☐ เต็ม ☐ ครึ่งหนึ่ง		☐ เต็ม ☐ ครึ่งหนึ่ง		☐ เต็ม ☐ ครึ่งหนึ่ง		☐ เต็ม ☐ ครึ่งหนึ่ง		
สายเลือดครึ่งหนึ่งกับท่าน	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	
เส้นผมและสีผม									
สีตา									
สีผิว									
งานอดิเรกและความสามารถพิเศษ									
ระดับการศึกษาสุดท้ายที่ได้รับ									
ปัจจุบันยังเรียนอยู่หรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		
อาชีพ									
รับรู้เรื่องการตั้งครรภ์หรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		
สถานะการสมรส									
จำนวนบุตรที่พวกเขามี									
สุขภาพของบุตรพวกเขา									
บุตรคนอื่นๆ ของท่าน (หากท่านมีบุตรมากกว่า 4 โปรดใช้น้ำกระดาดเพิ่มเติม)									
	เด็ก #1		เด็ก #2		เด็ก #3		เด็ก #4		
ระบุว่าเป็นบุตรชายหรือบุตรสาว									
วันเดือนปีเกิด หรืออายุ									
เด็กคนนี้เป็นพี่น้องเต็มสายเลือด หรือ ร่วมสายเลือดครึ่งหนึ่งกับเด็กที่ถูกรับไป เลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม	☐ เต็ม ☐ ครึ่งหนึ่ง		☐ เต็ม ☐ ครึ่งหนึ่ง		☐ เต็ม ☐ ครึ่งหนึ่ง		☐ เต็ม ☐ ครึ่งหนึ่ง		
หากเสียชีวิต อายุในขณะเสียชีวิต									
สาเหตุของการเสียชีวิต									
ส่วนสูงและ น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	ส่วนสูง	น้ำหนัก	
เส้นผมและสีผม									
สีตา									
สีผิว									
ถนัดซ้ายหรือขวา									
ระดับชั้นเรียนที่โรงเรียน									
เด็กคนนี้อาศัยอยู่กับท่านหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		
งานอดิเรกและความสามารถพิเศษ									
สุขภาพโดยทั่วไป									
การผ่าตัดที่สำคัญ									
ปัญหาด้านสุขภาพ									
เด็กคนนี้ได้รับรู้เกี่ยวกับ การตั้งครรภ์หรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		

I. ประวัติสุขภาพของท่าน บิดามารดาของท่านและญาติคนอื่นๆ

ระบุโดยกาช่องที่เหมาะสม หากท่านหรือญาติของท่านคนใด (เช่น บิดามารดาของท่าน พี่สาวน้องสาว พี่ชายน้องชาย ป้า ลุง ปู่ย่าตายาย บุตรคนอื่นๆ ที่เกิดจากท่านและอื่นๆ) ได้มีหรือปัจจุบันมีสภาวะทางการแพทย์ตามรายการข้างล่าง ระบุความสัมพันธ์ของบุคคลนี้กับท่าน โปรดกรอกส่วน "ข้อคิดเห็น" ให้สมบูรณ์ หากสภาวะทางการแพทย์ได้ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของสมาชิกครอบครัว ให้ระบุบุคคลนี้ และอายุโดยประมาณของบุคคลนี้ในเวลาที่เสียชีวิตลงในส่วนของ "ข้อคิดเห็น"

สภาวะทางการแพทย์	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	ใช่ ตนเอง	ใช่ - ญาติ (โปรดระบุ ความสัมพันธ์)	ข้อคิดเห็น
A. ความบกพร่องแต่กำเนิด:					
1. ลักษณะผิดปกติของเท้าหรือปัญหาที่เกี่ยวกับกระดูก และกล้ามเนื้อ (เช่น โรคเท้าแบน หรืออื่นๆ)					
2. ปากแหว่งหรือเพดานโหว่แต่กำเนิด (ปากแหว่ง) หรือเพดานปากโหว่					
3. ดาวน์ซินโดรม					
4. ความผิดปกติในระดับโครโมโซมอื่นๆ					
5. สภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ					
6. โรคกล้ามเนื้อเสื่อม					ส่วนใดของร่างกายที่เป็น อายุเมื่อเริ่มเป็น
7. โรคเตี้ยแคระแกร็น					
8. โรคสไปนาไบฟีดา					
9. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด					
10. โรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว					
11. โรคเทย์-แซคส์ (Tay-Sachs)					
B. โรคภูมิแพ้:					แพ้อะไร รักษาอย่างไร ใช้อย่างไร
1. โรคเรื้อนกวางหรือ หรือปัญหาผิวหนังอื่นๆ					
2. ไข้ละอองฟางหรือโรคภูมิแพ้อื่นๆ					
3. การแพ้ยา					แพ้ยาอะไร
4. การแพ้อาหาร					แพ้อาหารอะไร
C. ความบกพร่องของตา หู และ ความบกพร่องทางพัฒนาการ					
1. ตาบอด, ต้อหิน, ตาบอดสี หรือปัญหาทางสายตา อื่นๆ					
2. แว่นที่ช่วยแก้ไขการมองเห็นให้ถูกต้อง หรือ คอนแท็ก เลนส์					จำเป็นต้องใส่เมื่ออายุเท่าไร
สายตาสั้น					
สายตายาว					
สายตาสั้น (ไม่สามารถที่จะโฟกัสภาพได้)					
ตาเหล่ (ตาเข)					
อื่นๆ (โปรดอธิบาย)					
3. ใส่เหล็กดัดฟัน หรือ การจัดฟันอื่นๆ					หากมี เป็นการ จัดฟันแบบใด และต้องใช้เวลานานเท่าใด

I. ประวัติสุขภาพของท่าน บิดามารดาและญาติคนอื่นๆของท่าน (ต่อ)

สภาวะทางการแพทย์	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	ใช่ ตนเอง	ใช่ - ญาติ (โปรดระบุ ความสัมพันธ์)	ข้อคิดเห็น
4. หูหนวกหรือปัญหาอื่นๆเกี่ยวกับหู					ได้รับการศึกษาพิเศษหรือไม่ หาก“ใช่” ระบุอายุเมื่อเริ่มเป็น
5. ปัญหาในการพูด					
6. การขาดสมรรถภาพในการเรียนรู้					ได้รับการวินิจฉัยใดๆ หรือไม่ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
7. การขาดสมรรถภาพด้านพัฒนาการ					
D. ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต					อายุเมื่อเริ่มเป็น การรักษาที่ได้รับ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
1. โรคเลือดไหลไม่หยุด					
2. โรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว					
3. โรคความดันโลหิตสูง (ความดันเลือดสูง)					
4. โรคหลอดเลือดสมอง					
5. หัวใจวาย (การอุดตันของเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจ)					
6. โรคข้ออักเสบ					
7. โรคไต					ชนิดใด อายุเมื่อเริ่มเป็น ส่วนใดของร่างกาย
E. ความผิดปกติทางฮอร์โมน					อายุเมื่อเริ่มเป็น การรักษาที่ได้รับ
1. โรคเบาหวาน					
2. ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์					
3. โรคอ้วน (น้ำหนักเกิน)					
F. ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ					ทราบสาเหตุหรือไม่ การรักษาที่ได้รับ
1. โรคหืด					
2. โรคถุงลมโป่งพอง					
3. วัณโรค					อายุเมื่อเริ่มเป็น ชนิดใด ส่วนใดของร่างกาย
G. ภาวะผิดปกติทางจิตและ พฤติกรรม					อายุเมื่อเริ่มเป็น การรักษาที่ได้รับ เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท					
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไบโพลาร์					
3. ความเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ อธิบาย โดยใช้หน้าเพิ่มหากจำเป็น					
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือการดื่มอย่างหนัก					
5. การใช้สารเสพติด					ชนิด, จำนวน และรับประทานเมื่อไหร่

I. ประวัติสุขภาพของท่าน บิดามารดาของท่านและญาติคนอื่นๆ (ต่อ)					
สภาวะทางการแพทย์	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	ใช่ ตนเอง	ใช่ - ญาติ (โปรดระบุ ความสัมพันธ์)	ข้อคิดเห็น
H. ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ:					ชนิดใด อายุเมื่อเริ่มเป็น ส่วนใดของร่างกาย
1. มะเร็ง					
2. เนื้องอก					
3. โรคซิสติกไฟโบรซิส					
4. มะเร็งต่อมไร้ท่อชนิดต่อจกัน					ส่วนใดของร่างกายที่เป็น อายุเมื่อเริ่มเป็น
I. ความบกพร่องของระบบประสาท:					
1. โรคปลอกหุ้มเส้นปลายประสาท อักเสบ					
2. โรคฮันติงตัน					
3. โรคสมองพิการ					อายุเมื่อเริ่มเป็น การรักษาที่ได้รับ ความถี่
4. อาการชักหรืออาการหดตัวอย่าง รุนแรงของกล้ามเนื้อ					
5. โรคลมบ้าหมู					
J. การติดเชื้อ การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล					การวินิจฉัยโรค
1. การเป็นไข้ซ้ำจาก การติดเชื้อที่ เป็นที่รู้จัก					
2. การติดเชื้อรุนแรงซ้ำ ซึ่งจำเป็นต้อง พักรักษาตัวในโรงพยาบาล					สำหรับอะไร เมื่อใด
3. การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การ ผ่าตัดใหญ่ หรือ การบาดเจ็บ					
K. ปัญหาทางการแพทย์ หรือสุขภาพอื่นๆ					