

## 生母相關資訊

兒童姓名	個案編號
個案負責人姓名	仲介機構名稱

### 填寫說明：

- 用油墨清晰工整填寫。
- 填寫所有項目。如果不知道某個項目的答案，寫上「未知」。
- AD 67表格分為兩個獨立的部分。第I部分包含「身份識別性」資訊，我們將對此保密。我們不會將本部分的任何資訊透露給您的被收養兒童或其收養父母，除非您書面許可我們透露。第II部分包含「非身份識別性」資訊。《加州收養法》要求在收養最終確定前向您子女的收養父母提供第II部分（包括醫療、心理和社會資訊）副本，並且在您的被收養子女年滿18歲後提出書面請求時向其提供。
- 本表格上要求的所有資訊對於完成您的子女收養而言是非常重要的。

### 第I部分 — 有關生母的身份識別性資訊 我們將對本部分資訊保密，除非您書面許可我們披露。

#### A. 姓名/地址

生母姓名（姓氏、中間名、名字）		婚前姓名	曾用名
社會保障號碼	駕照號碼	出生日期（年月日）	出生地（國家、州、城市）
目前住址（州、市、街道、郵編）			電話號碼 ( )
固定郵寄地址（州、市、街道、郵編）*			固定電話號碼 ( )
固定郵寄地址使用限制（如有）			

#### B. 生母的父母（撫養您的父母）

生母的母親姓名（姓氏、中間名、名字）			生母的父親姓名（姓氏、中間名、名字）		
地址	街道	城市	地址	街道	城市
州	郵編		州	郵編	
您母親知道這次收養嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知			您父親知道這次收養嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知		
如果我們以後需要找到您，可以聯絡您的母親以獲取幫助嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			如果我們以後需要找到您，可以聯絡您的母親以獲取幫助嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

#### C. 未成年人親權

孩子的生父姓名（姓氏、中間名、名字）	固定電話號碼 ( )
已知的最新地址（國家[如果在美國以外]、州、城市、街道）	
您和兒童的生父是否曾打算要結婚？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果是，請說明： _____	

#### D. 婚姻史

1. 您目前是否已婚？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，您配偶的姓名是？ _____ 您配偶的地址是？ _____	(姓氏、中間名、名字)
此次婚姻的登記地點（州、郡、市）	
婚姻登記地點（州、郡、市）	婚姻登記日期（年月日）

\* 註：如果您的固定郵寄地址發生任何變更，務必通知加利福尼亞州社會服務部，這至關重要。

2. 您是否曾有過其他婚姻？  是  否 如果是，請回答以下問題：

前任配偶姓名	結婚證簽發地點	婚姻登記日期與地點	離婚登記的日期與地點	如果配偶死亡，請指明死亡的日期和地點	此次婚姻中出生的子女數
1.					
2.					
3.					
4.					

### E. 其他子女

除了要被收養的子女，您是否有其他子女？ .....  是  否  
如有，請填寫以下資訊：

兒童姓名	性別		如與被收養人有血緣關係，請打勾(✓) 同父同母 半血緣	兒童出生日期	誰在照顧這名兒童？ (說明照顧者與兒童的關係)
	男	女			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

### F. 美洲印第安人血統 (必須填寫ICWA-020表格)

您母親或父親的家族中有任何人擁有美洲印第安人血統嗎？ .....  是  否

如果是，是哪一個(哪些)部落？ \_\_\_\_\_ 部落的地點位於： \_\_\_\_\_

您或您的父母目前是否登記在部落中，或者您是否有任何其他先輩在部落登記過？ .....  是  否

如有，您或他們的登記號碼是多少？ \_\_\_\_\_

您、您的父母、祖父母或任何其他先輩是否曾擁有印第安血統等級證明(CDIB)？ .....  是  否

如有，請在本問卷後隨附一份CDIB副本。

### G. 心理諮詢

您是否曾因任何情感、心理或行為問題找心理醫生、精神病醫生、臨床社工、精神健康

或行為健康治療師看診？ .....  是  否

如有，請填寫以下資訊：

治療日期和原因

---



---

提供治療的治療師和/或機構的姓名/名稱

地點

說明治療期間開具的藥物

---



---

如果不再接受治療，說明停止治療的原因

---



---



---

H. 收養問題 (僅適用於獨立收養)

- 1. 本次收養過程中是否有律師擔任您的代理?.....  是  否
- 2. 您的律師是否也擔任收養父母的代理?.....  是  否  未知
- 3. 誰支付本次孕期的費用，包括產前檢查、生產及任何其他費用? \_\_\_\_\_
- 4. 收養父母是否為您支付任何生活費?.....  是  否  
他們支付多少金額? \_\_\_\_\_ 美元
- 5. 加州收養法規定，打算把孩子送養的親生父母必須對收養父母有所了解。  
請說明您是否了解收養父母的以下資訊：  
依法登記的全名 .....  是  否  
年齡 .....  是  否  
宗教 .....  是  否  
種族或民族 .....  是  否  
目前婚姻持續時長 .....  是  否  
先前婚姻次數 .....  是  否  
大致的居住區域（如有要求，提供其地址） .....  是  否  
就業情況 .....  是  否  
是否有其他兒童或成年人居住在他們的家中 .....  是  否  
不居住在其家中的兒童 .....  是  否  
對這些子女是否有子女撫養義務?.....  是  否  
是否曾經不履行子女撫養義務?.....  是  否  
限制正常的日常活動或減少正常壽命的健康狀況?.....  是  否  
任何拘捕或定罪的犯罪史（交通違規除外）： .....  是  否  
任何因虐待或疏於照顧孩子，導致孩子被帶走的情況? .....  是  否
- 6. 您還想知道 或需要什麼有關收養父母的更多資訊? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7. 您是否見過收養父母? .....  是  否
- 8. 如有，您與他們的熟悉程度如何? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

生母簽名	填表日期
------	------

上述資訊的提供者是：(勾選相應方塊)  
 生母  生父  其他 (請說明) \_\_\_\_\_

兒童姓名	個案編號
------	------

個案負責人姓名	仲介機構名稱
---------	--------

## 第II部分 — 有關生母的非身份識別性資訊

本部分資訊將透露給收養父母，您的子女也將能夠獲取。請儘量完整回答所有問題。

### 被收養人出生時生母的特徵

#### A. 一般資訊及外形描述

身高	平時體重	眼珠顏色	膚色	自然發色	自然髮質 (勾選所有適用項) <input type="checkbox"/> 纖細 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 粗糙 <input type="checkbox"/> 直發 <input type="checkbox"/> 波浪形 <input type="checkbox"/> 鬢髮 <input type="checkbox"/> 禿頭
----	------	------	----	------	---

出生日期 (僅填寫年份)	出生地 (僅填寫州)	血型	RH因子	體型 <input type="checkbox"/> 小骨架 <input type="checkbox"/> 中骨架 <input type="checkbox"/> 大骨架	您習慣用右手嗎? <input type="checkbox"/> 習慣用左手? <input type="checkbox"/>
--------------	------------	----	------	--	--

種族/民族：

白種人     西班牙裔     菲律賓裔     黑種人     亞裔及太平洋島民

美洲印第安人或阿拉斯加土著     其他 (請說明) \_\_\_\_\_

如果是美洲印第安人或阿拉斯加土著，請說明部落名稱及印第安血統等級 (如果已知) \_\_\_\_\_

具體國籍血統 (如：愛爾蘭人、法國人、德國人、廣東人、墨西哥人、奈及利亞人)

#### B. 教育背景

讀完的最高年級	目前在校? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	在校平時成績	其他訓練
---------	--	--------	------

課外活動

感興趣科目

#### C. 職業

目前職業	就職多久?	平時職業?
------	-------	-------

職業目標是什麼? (如：成為教師、電焊工、售貨員)

#### D. 性格

從日常行為、態度、情緒、通常參與的活動、喜歡與之相處的那類人等方面描述您的性格

描述天賦、愛好和生活目標

描述您孩提時的情景

---

---

## E. 收養問題

---

您的宗教信仰是什麼？ \_\_\_\_\_

如果收養父母的宗教信仰與您不一樣，您願意讓您的孩子在那樣的宗教信仰中被撫養長大嗎？     是     否

如否，您希望您的孩子在什麼宗教信仰中被撫養長大？ \_\_\_\_\_

您為什麼要把這個孩子送養？（請儘量充分回答。這是成年被收養人最經常問收養仲介機構的問題。）

如果您的孩子不是一出生就送養，送養前請提供其照顧、健康及發育等方面的資訊。

如果被收養人成年後與您聯絡，您怎麼看？

## F. 生母的月經史和孕史

<b>1. 月經史</b>	您的月經初次來潮是在幾歲？	您的月經週期通常為多長？	您的月經是否規律？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	月經週期天數
---------------	---------------	--------------	--	--------

您的月經是否存在任何問題？

是  否 如果是，請說明

<b>2. 本次懷孕</b>	為您進行產檢的產科醫生的姓名和地址			
	產科醫生姓名	地址		

何時開始產檢？	您懷孕時的年齡是幾歲？	本次懷孕的週數？	出生類型： <input type="checkbox"/> 單胎 <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 若為多胎，胎數是？
---------	-------------	----------	---

本次懷孕期間出現併發症？  是  否

如果是，請說明：

您是否生產過任何其他孩子？  是  否

如果是，有多少個？

<b>3. 本次懷孕期間的狀態</b>	風疹 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	性傳播疾病： <input type="checkbox"/> 皰疹 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 梅毒	病毒（如流感） ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	感染 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 衣原體 <input type="checkbox"/> 生殖器疣	事故 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果對於以上任一項的回答是「是」，請說明具體病症、日期，以及治療類型？

### 4. 本次懷孕期間及懷孕前一年內服用的藥物

a. 處方藥物： [寫出名稱]	本次懷孕期間服用的藥物		本次懷孕前一年內服用的藥物		何時？	頻率如何？	數量？
	(在適當的一欄下畫勾✓)						
	是	否	是	否			
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>b. 非處方藥物： [包括阿司匹林、滴鼻藥水等]</b>							
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>c. 酒精與其他物質：</b>							
1. 酒精（紅酒、啤酒等）							
2. 安非他命（興奮劑）							
3. 巴比妥類（鎮靜劑）							
4. 菸草							
5. 可卡因							
6. 強效純可卡因							
7. 海洛因							
8. 搖頭丸							
9. 迷幻藥							
10. 大麻							
11. 其他（請指明）							

您是否曾經透過靜脈注射吸毒？  是  否

## G. 個人健康史

描述您的總體健康情況

您患過什麼兒童期疾病？

麻疹：  
 風疹（3天）       腮腺炎       枯草熱       耳部感染       風濕熱       百日咳  
 麻疹（2週）       水痘       玫瑰疹       腦炎       心雜音       泌尿系統/膀胱感染  
 哮喘       腦膜炎       猩紅熱       其他（請說明）\_\_\_\_\_

是否做過大手術？  是  否

如是，為治療什麼病症/及何時做的手術？\_\_\_\_\_

您是否是：

雙胞胎之一       三胞胎之一       其他多胞胎之一

您是否是：

同卵或       異卵雙胞胎之一

## H. 家庭史

您或您是否有任何直系親屬是收養的？  是  否

如果是，請說明是誰\_\_\_\_\_

	您的生父		您的生母	
目前年齡				
若已故，去世時年齡				
死亡原因				
身高及體重	身高	體重	身高	體重
發色及發質				
眼珠顏色				
膚色				
習慣用左手或右手				
突出特徵				
完成的教育				
職業				
種族/民族	<input type="checkbox"/> 白種人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 黑種人 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 亞裔或太平洋島民 <input type="checkbox"/> 其他（請指明） <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著		<input type="checkbox"/> 白種人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 黑種人 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 亞裔或太平洋島民 <input type="checkbox"/> 其他（請指明） <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著	
國籍				
宗教信仰				
該父母是否知曉您的本次懷孕？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
她/他有多少個兄弟姐妹？				
如果您有阿姨或叔伯舅去世，提供去世時年齡及死亡原因				
	您父親的父母		您母親的父母	
	父親	母親	父親	母親
年齡				
若已故，去世時年齡及死亡原因				
描述外貌特徵				
身高及體重	身高	體重	身高	體重
突出特徵				
完成的教育				
目前或既往職業				
他/她是否知曉您的本次懷孕？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是

**H. 家庭史 (續)**

**您的兄弟姐妹**

(如有您有4個以上兄弟姐妹，請另附纸张)

	1	2	3	4
性別 (男或女)				
年齡				
若已故，去世時年齡及死亡原因 與您同父同母或是半血緣關係？				
身高及體重	<input type="checkbox"/> 同父同母 <input type="checkbox"/> 半血緣	<input type="checkbox"/> 同父同母 <input type="checkbox"/> 半血緣	<input type="checkbox"/> 同父同母 <input type="checkbox"/> 半血緣	<input type="checkbox"/> 同父同母 <input type="checkbox"/> 半血緣
發色及發質	身高 <input type="checkbox"/> 體重 <input type="checkbox"/>	身高 <input type="checkbox"/> 體重 <input type="checkbox"/>	身高 <input type="checkbox"/> 體重 <input type="checkbox"/>	身高 <input type="checkbox"/> 體重 <input type="checkbox"/>
眼珠顏色				
膚色				
愛好及天賦				
讀完的最高年級				
目前在校？				
職業	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
知曉本次懷孕？				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
他們膝下的子女人數				
他們子女的健康狀況				

**您的其他子女**

(如有您有4個以上子女，請另附纸张)

	子女#1	子女#2	子女#3	子女#4
說明是兒子或女兒				
出生日期或年齡				
該子女與被收養人同父同母或為半 血緣關係？	<input type="checkbox"/> 同父同母 <input type="checkbox"/> 半血緣	<input type="checkbox"/> 同父同母 <input type="checkbox"/> 半血緣	<input type="checkbox"/> 同父同母 <input type="checkbox"/> 半血緣	<input type="checkbox"/> 同父同母 <input type="checkbox"/> 半血緣
若已故，去世時年齡				
死亡原因				
身高及體重	身高 <input type="checkbox"/> 體重 <input type="checkbox"/>	身高 <input type="checkbox"/> 體重 <input type="checkbox"/>	身高 <input type="checkbox"/> 體重 <input type="checkbox"/>	身高 <input type="checkbox"/> 體重 <input type="checkbox"/>
發色及發質				
眼珠顏色				
膚色				
習慣用左手或右手				
在讀年級				
該子女是否與您同住？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
愛好及天賦				
總體健康情況				
大手術				
健康問題				
該子女是否知曉 本次懷孕？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否



## I. 您、您父母及其他親屬的健康史

如果您或任何親屬（即您的父母、姐妹、兄弟、姑姨、叔伯舅、祖父母/外祖父母、您的其他親生子女等）曾患有或目前患有下列病症，請勾選相應方塊。說明此人與您的關係。請填寫「備註」欄。如果某一病症導致某一家庭成員死亡，請在「備註」欄說明這一情況以及此人死亡時的大概年齡。

病症	無	未知	有自己	有 - 親屬 (說明關係)	備註
A. 先天性缺陷：					
1. 畸形足或任何矯形問題 (即扁平足等)					
2. 兔脣(脣裂)或顎裂					
3. 唐氏綜合症					
4. 其他染色體異常					
5. 腦水腫					
6. 肌肉萎縮症					所涉身體部位？發病年齡？
7. 侏儒症					
8. 脊柱裂					
9. 先天性心臟缺陷					
10. 鐮狀細胞性貧血					
11. 泰歇克斯症					
B. 過敏症：					
1. 濕疹或其他皮膚症狀					哪種過敏症？採取了什麼治療方法？施用了什麼藥物？
2. 枯草熱或其他過敏症					
3. 藥物過敏					對哪種藥物？
4. 食物過敏					對哪種食物？
C. 眼部、牙科、耳部及發育紊亂：					
1. 失明、青光眼、色盲或其他視覺問題					
2. 矯正眼鏡或隱形眼鏡					需要處方眼鏡的年齡？
近視					
遠視					
散光 (無法對焦)					
斜視 (鬥雞眼)					
其他(請說明)					
3. 牙箍或其他畸齒矯正治療					如是，做了什麼畸齒矯正治療，前後多長時間？

I. 您、您父母及其他親屬的健康史 (續)

病症	無	未知	有 自己	有 - 親屬 (說明關係)	備註
4. 耳聾或其他耳部問題					特殊教育? 如「是」, 說明發病年齡。
5. 言語障礙					
6. 學習障礙					
7. 發育障礙					任何診斷? 住院?
D. 血液循環系統紊亂					
1. 血友病					
2. 鎌狀細胞性貧血或性狀					
3. 高血壓					發病年齡? 採取了什麼治療方法? 住院?
4. 中風					
5. 心臟病發作(冠狀)					
6. 關節炎					什麼類型? 發病年齡? 身體哪個部位?
7. 腎臟疾病					發病年齡? 採取了什麼治療方法?
E. 荷爾蒙失調					發病年齡? 採取了什麼治療方法?
1. 糖尿病					
2. 甲狀腺異常					
3. 肥胖症(超重)					
F. 呼吸系統紊亂					已知任何原因? 採取了什麼治療方法?
1. 哮喘					
2. 肺氣腫					發病年齡?
3. 結核病					發病年齡? 什麼類型? 身體哪個部位?
G. 精神和行為紊亂					發病年齡? 採取了什麼治療方法? 住院?
1. 經診斷的精神分裂症					
2. 經診斷的躁鬱症					
3. 其他精神疾病。請描述， 必要時另附紙張					
4. 酗酒或過量飲酒					
5. 用藥					類型、藥量及何時用藥?

I. 您、您父母及其他親屬的健康史 (續)

病症	無	未知	有 自己	有 - 親屬 (說明關係)	備註
H. 淋巴系統紊亂：					什麼類型？發病年齡？身體哪個部位？
1. 癌症					
2. 腫瘤					
3. 囊泡性纖維症					
4. 何杰金氏病					
I. 神經系統紊亂：					所涉身體部位？發病年齡？
1. 多發性硬化					
2. 亨丁頓舞蹈症					
3. 大腦性麻痺					
4. 痙攣或抽搐					發病年齡？採取了什麼治療方法？頻率？
5. 癲癇					
J. 感染、住院					診斷？
1. 已知感染引起的反復發燒					
2. 反復嚴重感染 導致住院					
3. 住院、手術或 受傷					為什麼？何時？
K. 其他醫療或健康問題：					