

親生母親資料

孩子姓名	案件號碼
案件工作人員姓名	代理所名稱

填寫說明：

- 請用清楚的書寫體 - 使用墨水筆。
- 請填寫每一項項目。假如你對某一項不知道如何回答的話，請寫明“不知”。
- AD 67表格分成二個各別的部分。I 欄包括“證明身份”資料並且是保密性的。此資料不會提供給你的被收養孩子和他 / 她的收養父母，除非你給我們書面的應允這樣作。II 欄包括你的“非證明身份”資料。加州收養法律規定在最後公佈收養以前，給你被收養孩子的收養父母一份醫療，心理和社會資料的II欄表格的副本，假如被收養者在年滿十八歲時，提出書面要求的話，也需提供他 / 她一份副本。

I 欄— 親生母親證明身份資料

A. 姓名 / 地址

親生母親姓名 (名, 中間名, 姓)		娘家姓	其他稱呼的姓名
社會保險號碼	駕駛執照號碼	出生日期 (月, 日, 年)	出生地點 (市, 州, 國)
目前地址 (街, 市, 州, 郵遞區號)			電話號碼 (地區號碼) 號碼
永久通訊地址 (街, 市, 州, 郵遞區號) *			永久電話號碼 (地區號碼) 號碼
使用永久通訊地址的限制規定, 假如有的話			

B. 親生母親的父母 - (撫養你的父母)

親生母親的母親姓名 (名, 中間名, 姓)			親生母親的父親姓名 (名, 中間名, 姓)		
地址	街道	城市	地址	街道	城市
州	郵遞區號		州	郵遞區號	
你的母親知道收養之事嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳			你的父親知道收養之事嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知		
假如將來我們需要尋找你的話, 我們可以和你的母親聯絡以求幫助嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			假如將來我們需要尋找你的話, 我們可以和你的父親聯絡以求幫助嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

C. 未成年孩子的父系：

孩子親生父親的姓名 (名, 中間名, 姓)	永久電話號碼 (區號碼) 號碼
最後知道的地址 (街, 市, 州, 國, 假如不在美國的話)	

D. 婚姻史：

1. 你現在結婚了嗎? 是 否 假如是的話, 你丈夫的姓名? _____ (名, 中間名, 姓)

他的地址? _____

獲得目前結婚證書是在 (市, 郡, 州)

結婚地點 (市, 郡, 州) _____ 結婚日期 (月, 日, 年) _____

* 註：倘若你的永久通訊地址有變更，請務必通知加州社會服務處。

2. 你是否有過其他的婚姻? 是 否 假如是的話, 請回答下列項目:

前任配偶姓名	頒發結婚證書地點	結婚日期和地點	離婚日期和地點	假如配偶亡故逝世日期和地點	這次婚姻生養孩子的數目
1.					
2.					
3.					

E. 其他子女:

除了被收養的孩子以外, 你還有其他子女嗎? 是 否
假如是的話, 請填寫下列項目。

孩子姓名	性別 男 女	如和被收養者有血統關係, 請劃全	關(✓) 半	孩子的出生日期	誰照看這孩子? (請說明照看者和孩子的關係)
1.					
2.					
3.					
4.					

F. 美州土著祖先:

你和你的父或母的家庭有人有美洲印第安人祖先嗎? 是 否
假如是的話, 則填寫有關“美洲印第安人孩子資料”(JV-135/ADOPT-226)
假如是的話, 部落的名稱 _____。部落地點 _____。
你或你的父母現在是否有在部落登記或者有任何祖先曾向這個部落登記嗎? 是 否
假如是的話, 你或他們的登記號碼是 _____。
你, 你的父母, 祖父母或其他祖先曾有印地安血統成份的證書 (CDIB) 嗎? 是 否
假如是的話, 請連同 CDIB 附上到這張調查表。

G. 心理方面的輔導:

你曾否因為可能有的情緒上或心理上或行為上的問題去看心理學家, 精神病醫生, 社會工作員, 或其他心理行為的健康治療家嗎? 是 否
假如是的話, 請填寫下列項目。

需要醫治的日期和原因:

治療家姓名和 / 或提供治療的代理所名稱:

地點:

寫明在治療時有處方的藥品:

假如不再受到治療的話, 停止治療的原因:

H. 對收養的問題: (只對獨立收養)

1. 你在收養過程中有自己的律師嗎? 是 否
2. 你的律師也是收養父母的律師嗎? 是 否 不知
3. 如何支付懷孕, 產前護理, 生產的費用? _____
4. 收養父母支付你的生活費用嗎? 是 否
多少? _____
5. 加州收養法律規定, 安排自己的孩子被人收養的親生父母必需親自了解未來收養父母的下列資料: 他們的法律全名; 年齡; 宗教; 種族或族裔; 目前的婚姻有多久, 以前婚姻的次數; 職業; 是否有其他孩子或成人住在他們家中; 是否有其他不住在家中的孩子, 並且對這些孩子有子女撫養的義務, 但沒有遵循此義務; 影響縮短平均壽命, 或日常活動的健康條件; 不是犯交通規則的犯罪行為; 由於他們虐待或疏忽看管孩子而把孩子調離不受他們的照看; 以及他們大概居住的地區, 或者, 有要求的話, 他們的地址。
6. 關於收養父母你至少有這些資料嗎? 是 否
7. 你要求或需要甚麼更多關於收養父母的資料嗎? _____
8. 你見過收養父母嗎? 是 否
9. 假如是的話, 你們相識的程度如何? _____

親生母親簽名

填寫表格日期

以上資料的提供者: (請在適用的格子作記號)

親生母親 親生父親 其他 (請解釋) _____

孩子姓名	案件號碼
案件工作人員姓名	代理所名稱

II 欄一 親生母親的非證明身份資料

這份資料將提供給收養父母，並且你的孩子也可得到。請儘可能全面地回答所有的問題。

第 I 部分 一 親生母親在生被收養孩子時的特徵

A. 一般資料和體格描述：

身高	一般體重	眼珠顏色	皮膚顏色	天然頭髮顏色	天然頭髮質地 (在所有適用的格子旁作記號) <input type="checkbox"/> 細 <input type="checkbox"/> 中等粗細 <input type="checkbox"/> 粗 <input type="checkbox"/> 直的 <input type="checkbox"/> 波狀的 <input type="checkbox"/> 卷的 <input type="checkbox"/> 禿頭
出生日期 (年份即可)	出生地點 (州名即可)	血型	恆河猴 因子	體型 <input type="checkbox"/> 瘦小身材 <input type="checkbox"/> 中等身材 <input type="checkbox"/> 高大身材	你是用右手的? <input type="checkbox"/> 左手的? <input type="checkbox"/>

人種 / 族裔

白種人 西班牙語族裔 菲律賓人 黑人 亞洲或太平洋島人

美洲印第安人或阿拉斯加土著 其他 (說明) _____

假如是美洲印第安人或阿拉斯加土著的話，請指明部落名稱和印第安血統成份 (假如知道的話)

確切的族裔後代 (如：愛爾蘭，法國，德國，廣東，墨西哥，奈及利亞人)

B. 教育：

修業的最後年級	現在在上學嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	在校平時成績	其他訓練
---------	--	--------	------

課外活動

感興趣的學科

C. 職業：

現在的職業	多久?	經常性的職業
-------	-----	--------

你的職業目標? (例如：成為教師，電焊工，銷售員)

D. 性格：

請根據你平時的行為，態度，心情，你平時參加的活動和你喜歡相處的人物類型等描述你的性格。

請描述你作孩子時的情況。

F. 親生母親的月經和懷有這位孩子的記錄：

1. 月經記錄	你幾歲開始有月經?	你平時經期有多久?	正常嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	週期總共的天數
你的月經有問題嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是, 請解釋			你在“母胎時母親服藥”嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知	

2. 這次的懷孕：	你產前護理的產科醫生姓名和地址			
	產科醫生姓名	地址	街	市 州 郵遞區號

產前護理何時開始?	你幾歲開始懷孕?	這一胎的總共週數?	一次多少胎? <input type="checkbox"/> 一胎 <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 若多胎, 有多少?
這次懷孕同時生有別的病嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是, 請解釋			你生過別的孩子嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若是, 有多少?

3. 這次懷孕時的 身體狀況	德國麻疹..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	性傳染病 <input type="checkbox"/> 皰疹 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 梅毒	病毒(如: 流行性感冒) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	炎症..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 披衣菌 <input type="checkbox"/> 生殖器	事故..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

假如以上任何一項回答是的話, 請寫明病種, 日期和醫治方法

4. 在這次懷孕時和前一年內所服的藥：

a. 有處方的藥： (列出藥名)	懷孕時服用		懷孕前一年服用		何時?	每隔多久?	劑量?
	是	否	(在適用的框內劃✓)				
			是	否			
1.							
2.							
3.							
4.							
b. 無處方的藥, 包括 阿斯匹林, 滴鼻淨, 等							
1.							
2.							
3.							
4.							
c. 酒精和其他毒品：							
1. 酒精(酒, 啤酒, 等)							
2. 噴霧劑(興奮劑)							
3. 比妥酸鹽(鎮靜劑)							
4. 煙草.....							
5. 古柯.....							
6. 克蘭克							
7. 海洛因							
8. 迷幻藥							
9. PCP 麻醉劑.....							
10. 大麻.....							
11. 其他(請指明)							

你曾否使用靜脈注射毒品 是 否

G. 個人健康史：

請描述你的一般健康狀況

你生過甚麼小兒病？

- 麻疹： 德國麻疹（三天） 耳下腺
 風疹（二週） 水痘
- 花粉熱 中耳炎 中耳炎風濕病 風濕病
 玫瑰紅疹 腦炎 心臟雜音 尿道/膀胱發炎
 氣喘病 腦膜炎 腥紅熱 其他（請說明）

任何主要的外科手術？

是 否 假如是的話，甚麼病例 / 甚麼時候？

你是否

雙胞胎 三胞胎 其他一產多胎的

你是否

同卵雙生 或 異卵雙生

H. 家庭背景：

你或你的直系家人是否被人收養？

是 否 若是，請說明是誰

	你的親生父親		你的親生母親	
	身高	體重	身高	體重
目前年齡.....				
假如亡故的話，逝世的年齡.....				
逝世的原因.....				
身高和體重.....				
頭髮顏色和質地.....				
眼珠顏色.....				
皮膚顏色.....				
使用左手或右手.....				
顯著的特徵.....				
教育程度.....				
職業.....				
種族 / 族裔.....	<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 西班牙語族裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 亞洲或太平洋群島人 <input type="checkbox"/> 其他（請說明） <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加土著		<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 西班牙語族裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 亞洲或太平洋群島人 <input type="checkbox"/> 其他（請說明） <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加土著	
國籍.....				
宗教.....				
這位家長知道懷孕之事嗎？.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他 / 她有多少弟兄姊妹？.....				
假如你的叔伯阿姨中有任何一個亡故的話，請寫上逝世的年齡和原因.....				
	你父親的父母		你母親的父母	
	父親	母親	父親	母親
年齡.....				
假如亡故的話，逝世的年齡和原因.....				
描述體格外貌				
身高和體重.....	身高	體重	身高	體重
顯著的特徵.....				
教育程度.....				
現在或以前的職業				
他 / 她知道懷孕之事嗎？.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

H. 家庭背景：(續)

你的弟兄和姊妹

(假如你有超過四個弟兄姊妹的話，請另外加紙張使用)

	1		2		3		4	
性別 (男或女)								
年齡								
假如亡故的話，逝世的年齡和原因.....								
是你的全血統或半血統弟兄姊妹嗎？	<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半	
身高和體重.....	身高	體重	身高	體重	身高	體重	身高	體重
頭髮顏色和質地								
眼珠顏色								
皮膚顏色								
嗜好和才能.....								
修業的最後年級								
現在在上學嗎？	<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	
職業								
知道懷孕之事嗎？	<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	
婚姻狀況								
他們有幾個孩子？								
孩子的健康.....								

你其他的孩子

(假如你有超過四個孩子的話，請另外加紙張使用)

	孩子 #1		孩子 #2		孩子 #3		孩子 #4	
指明是兒子還是女兒								
生日或年齡.....								
這孩子和被收養者是全血統還是半血統弟兄姊妹？	<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半	
假如亡故的話，逝世年齡.....								
逝世原因								
身高和體重.....	身高	體重	身高	體重	身高	體重	身高	體重
頭髮顏色和質地								
眼珠顏色								
皮膚顏色								
使用左手或右手								
就學年級								
這孩子和你同住嗎？	<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	
嗜好和才能.....								
一般健康狀況.....								
主要外科手術.....								
健康問題								
這孩子知道懷孕之事嗎？	<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. 你的，你父母和其他親屬的健康史

通過在適用的格子旁作記號說明 你 或 任何 親 屬（即，你的父母，姊妹，弟兄，阿姨，叔伯，祖父母，其他你生的孩子等）是否有下面列出的醫藥狀況。請說明這人和你的關係。請填妥評語欄。假如醫藥狀況導致家人死亡的話，請在評語欄中說明這人在死亡時的大約年齡。

醫藥狀況	否	不詳	是- 自己	是- 親屬 (請說明關係)	評語
A. 先天性的身體損傷					
1. 畸形足或任何整型問題（即平足）					
2. 兔唇（半裂嘴唇）或裂顎					
3. 蒙古症					
4. 其他不規則染色體					
5. 腦積水					
6. 肌肉萎縮					涉及的身體部分？發病年齡？
7. 侏儒					
8. 脊柱裂開					
9. 先天性心臟殘缺					
10. 鎌狀細胞性貧血症					
11. 戴撒克司二氏病					
B. 過敏					對什麼過敏？醫治方法？藥物名稱？
1. 濕疹或其他皮膚病					
2. 花粉熱或其他過敏					
3. 藥物過敏					對什麼藥物過敏？
4. 食物過敏					對什麼食物過敏？
C. 眼，牙，耳和發育不正常					
1. 瞎眼，青光眼，色盲或其他視力問題					
2. 矯正眼鏡或隱形眼鏡					在什麼年齡需要配眼鏡？
近視 <input type="checkbox"/>					
遠視 <input type="checkbox"/>					
散光（不能對焦距） <input type="checkbox"/>					
斜視 <input type="checkbox"/>					
其他（請解釋） <input type="checkbox"/>					
3. 正牙鋼絲套或其他正牙術					假如用的話，甚麼樣的正牙術，有多久？

I. 你的，你父母和其他親屬的健康史（續）

醫藥狀況	否	不詳	是- 自己	是- 親屬 (請說明關係)	評語
4. 耳聾或其他耳病					有特殊訓練嗎？假如“有”的話，開始訓練的年齡。
5. 說話能力有問題					
6. 缺乏學習能力					任何診斷？住院嗎？
7. 殘障：精神或身體方面					
D. 血液循環失調					
1. 血友症					
2. 鎌狀細胞性貧血症或特徵					
3. 高血壓病（高血壓）					發病年齡？醫治方法？住院嗎？
4. 中風					
5. 心臟病發作（冠心病）					
6. 關節炎					那一種？發病年齡？身體的那一部分？
7. 腎臟病					發病年齡？醫治方法？
E. 內分泌失調					發病年齡？醫治方法？
1. 糖尿病					
2. 甲狀腺病					
3. 肥胖症（過重）					
F. 呼吸系統失調					任何（知道的）起因？醫治方法？
1. 氣喘					
2. 肺氣腫					發病年齡？
3. 結核病					發病年齡？那一種？身體的那一部分？
G. 精神，舉止失常					發病年齡？醫治方法？住院嗎？
1. 經診斷的早發性精神分裂症					
2. 經診斷的精神躁慮症					
3. 其他精神病，請描述，假如需要的話，使用附加的紙					
4. 酗酒或大量飲酒					
5. 使用毒品					種類，數量，何時服用？

I. 你的，你父母和其他親屬的健康史 (續)

醫藥狀況	否	不詳	是- 自己	是- 親屬 (請說明關係)	評語
H. 淋巴病症					那一種? 發病年齡? 身體的那一部分?
1. 癌					
2. 腫瘤					
3. 囊腫纖維變性					
4. 何杰金氏病					涉及身體的那一部分? 發病年齡?
I. 神經系統失調					
1. 多發性硬化症					
2. 亨丁頓病症					發病年齡? 醫治方法? 發病次數?
3. 大腦性癱瘓					
4. 驚風症或痙攣					
5. 癲癇症					診斷?
J. 發炎, 住院					
1. 由已知的發炎引起的連續發燒					
2. 必得住院的重覆嚴重發炎					原因? 何時?
3. 住院, 動手術或受傷					
K. 其他醫藥或健康問題					