実父の情報

子供の氏名	ケース番号
民生委員の氏名	機関名

記入方法

- ペンを使って明瞭に記入してください。
- すべての項目に記入してください。回答が分からない項目には、「不明」と記入してください。
- AD 67Aフォームは2つの部分に分かれています。第1項は「身元確認」情報で構成されています。これらの情報は機密性が保持され、あなたが私達に書面での許可を与えない限りは、あなたの養子または養父母に開示されることはありません。第2項は「身元確認以外の」情報で構成されています。カリフォルニア州養子縁組法は、医療、心理的および社会的情報を含む第2項の写し1部を、養子縁組の最終承認前、ならびに18歳に達した養子が求めた際には、に養父母へ渡すよう、命じています。
- 当フォームで求められるすべての情報は、あなたのお子様の養子縁組を完了させるために必要です。

第1項－実父の身元確認情報

A. 氏名/住所：

実父の氏名(名、ミドルネーム、姓)	その他の知られている名前

社会保障番号	運転免許証番号	生年月日 (月、日、年)	出生地 (市、州、国)

現住所 (通り、市、州、郵便番号)	電話番号 ( )
定住所 (通り、市、州、郵便番号) *	定住所の電話番号 ( )

定住所の使用制限 (あれば)

B. 実父の両親

実父の母親の氏名 (名、ミドルネーム、姓)	実父の父親の氏名 (名、ミドルネーム、姓)
住所 通り 市	住所 通り 市
州 郵便番号	州 郵便番号
あなたのお母様はこの養子縁組をご存知ですか? ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	あなたのお父様はこの養子縁組をご存知ですか? ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
将来私達があなたを探す場合、協力を求めるためお母様へ連絡させていただいてもよろしいですか? ☐ はい ☐ いいえ	将来私達があなたを探す場合、協力を求めるためお父様へ連絡させていただいてもよろしいですか? ☐ はい ☐ いいえ

C. 未成年の子供の父系:

あなたと子供の実母は結婚したことがありますか?..... ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、婚姻日と場所： _____
離婚された場合、離婚日と場所： _____.

あなたと子供の実母は結婚しようとされたことがありますか?..... ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、詳細

あなたは現在、実母と結婚されていますか? ..... ☐ はい ☐ いいえ

D. その他の子供

養子に出される子供の他に、お子様はいらっしゃいますか? ..... ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、次の項目にご記入ください。

お子様の氏名	性別 男	性別 女	養子と血縁関係のある場合はチェックマーク(✓)を入れてください 完全な血縁関係	片親が異なる	子供の生年月日	このお子様の世話は誰が行っていますか? *(世話人のお子様との関係)*
1.						
2.						
3.						
4.						

＊ 注意：定住所が変更した場合は、カリフォルニア州社会奉仕部へ必ず通知してください。

F. アメリカン・インディアンの家系

あなたの父方もしくは母方のどちらかの家系にアメリカン・インディアンの先祖はいますか?..... ☐ はい ☐ いいえ

.「はい」の場合、適切なフォーム (JV-135/ADOPT-226) にご記入ください

「はい」の場合、部族の種類(すべて記入)：_____。部族の場所(すべて記入)：_____あなた、または

あなたのご両親は現在その部族に登録されてますか？あるいはその部族に登録されていた先祖はいますか? ..... ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、あなたまたは他の方の登録番号(すべて記入)：_____

あなた、またはあなたのご両親、祖父母、または先祖は、インディアン血統度証明書(Certificate of Degree of Indian Blood (CDIB))

をお持ちですか?..... ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、このアンケートに証明書のコピーを添付してください。

F. 心理カウンセリング

あなたは、感情面または心理面の問題で、精神分析医、精神科医、臨床ソーシャルワーカー、またはその他のカウンセラーの治療を受けたことがありますか? ..... ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、次の項目にお答えください。

治療日と理由：

セラピスト名および/または治療を行った機関名：

場所：

治療中に処方された薬剤の詳細：

現在治療を受けていない場合、中止の理由：

G. 養子縁組に関する質問 (単独養子縁組のみ)

1. この養子縁組中、あなた自身の弁護士に代理をしてもらっていますか? ..... ☐ はい ☐ いいえ
2. あなたの弁護士はまた養父母の弁護士でもありますか? ..... ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
3. この妊娠、子の世話、出産、その他の費用は誰が支払いましたか?_____
4. 彼らはいくら支払いましたか? (不明の場合はその旨を記述) _____
5. カリフォルニア養子縁組法は、養子縁組に出す実両親は、将来の養父母に関する次の情報を直接認識している必要があると述べています：氏名、年齢、宗教、人種または民族、現在の結婚および以前の結婚の期間、雇用、他の子供または大人が彼らの家に住んでいるかどうか、彼らの家に住んでいない他の子供がいるかどうか、その子供達への扶養義務、その義務の不履行、平均余命を短くしたり、通常の毎日の活動を抑制する可能性のある健康状態、または小さな交通違反を除く犯罪への有罪判決、子供虐待または放置による子供の世話の権利の剥奪、居住地域、または要求された場合は彼らの住所。
6. 養父母に関して少なくともこの情報はお持ちですか? ..... ☐ はい ☐ いいえ
7. 養父母に関し、他に必要な情報はありますか? _____
8. 養父母に会ったことはありますか? ..... ☐ はい ☐ いいえ
9. 「はい」の場合、彼らとはどの程度知り合いですか? _____

実父の署名

記入日

上記情報の提供者(該当するボックスにチェックマークを入れてください)

☐ 実母 ☐ 実父 ☐ その他 (詳細を記入) _____

子供の氏名	ケース番号

民生委員の氏名	機関名

第2項－実父の、身元確認以外の情報

この情報は養父母へ渡され、あなたのお子様へも渡されます。すべての質問に、できるだけ完全にお答えください。

第1部－養子の誕生時の実父の特徴

A. 一般情報および身体的詳細

出生地 (州名のみ))	身長	平均体重	目の色	肌の色	生まれつきの髪の色	生まれつきの髪の質感 (該当するものすべてにチェックマークを入れてください) ☐ 細い ☐ 普通 ☐ 硬い ☐ 直毛 ☐ 巻き毛 ☐ ウェーブがかかっている ☐ はげている

出生年	出生年	RH 因子	体型 ☐ 小柄 ☐ 普通 ☐ L大柄	右利き ☐ 左利き ☐

人種/民族グループ

☐ **白人** ☐ ヒスパニック ☐ フィリピン人 ☐ 黒人 ☐ アジアまたは太平洋諸島系

☐ アメリカン・インディアンまたはアラスカ先住民 ☐ その他 *(詳細を記入)* _____

インディアンまたはアラスカ先住民の場合、部族名およびインディアン血族度を記入してください(分かる場合) _____

特定の国籍 *(例：アイルランド人、フランス人、ドイツ人、広東人、メキシコ人、ナイジェリア人)*

B. 教育

最終学歴	現在在学中ですか? ☐ はい ☐ いいえ	学校での平均成績	その他の訓練

特別カリキュラム活動

興味のある学科

C. 職業

現在の職業	勤務年数	通常の職業ですか?

あなたの職業の目標は何ですか? *(例：教師、溶接工、販売員になること)*

D. 性格:

あなたの通常の行動、態度、気分、よく参加する活動、一緒に行動する人々のタイプなどの点から、あなたの性格を述べてください。

才能、趣味、人生の目標を述べてください。

E. 養子縁組に関する質問

1. あなたの宗教は何ですか?

2. 養父母の信仰があなたのものと異なる場合、あなたの子供を養父母の信仰で育てることに同意しますか? ☐ はい ☐ いいえ

「いいえ」の場合、どの宗教的信仰であなたの子供に育ってほしいですか? _____

なぜこの子供を養子に出したのですか? (できるだけ詳しく回答してください。これは、大人になった養子が養子縁組機関にもっとも頻繁に尋ねる質問です。)

あなたの子供が誕生時に養子に出されなかった場合、養子に出す前の子供の世話、健康および発育に関する情報を記載してください。

大人になった時に、養子から連絡を受けることについて、どう感じますか?

F. 個人既往歴

あなたの通常の健康状態を述べてください

どのような幼児疾患がありましたか？

百日咳 ☐　花粉症 ☐　耳感染 ☐　リウマチ熱 ☐
風疹 (3日間) ☐　おたふく風邪 ☐　バラ疹 ☐　脳炎 ☐　心雑音 ☐　尿路感染症 ☐
麻疹 (2週間) ☐　水疱瘡 ☐　ぜんそく ☐　髄膜炎 ☐　猩紅熱 ☐　その他(詳細を記入) ☐

大手術の経験は?
☐ はい
☐ いいえ　「はい」の場合、どのような症状が原因ですか? いつ?

以下に該当しますか？
☐ 双子　☐ 三つ子　☐ その他の複数人の出生

以下に該当しますか？
☐ 一卵性双生児　☐ 二卵性双生児

子供の受胎前にアルコール、タバコまたはその他の薬物を摂取していましたか？
☐ はい　☐ いいえ　「はい」の場合、薬物等の種類、使用期間、頻度を記述してください。

G. 家族の経歴

あなた、またはあなたの近親は養子になりましたか?
☐ はい　☐ いいえ　「はい」の場合、誰ですか?

	あなたの実の父親		あなたの実の母親	
現在の年齢				
死亡している場合、死亡時の年齢				
死亡原因				
身長および体重	身長	体重	身長	体重
髪の色および質感				
目の色				
肌の色				
左または右利き				
目立った特徴				
最終学歴				
職業				
人種/民族グループ	☐ 白人　☐ ヒスパニック　☐ 黒人　☐ フィリピン人 ☐ アジアまたは太平洋諸島系　☐ その他(詳細を記入) ☐ アメリカン・インディアンまたはアラスカ先住民		☐ 白人　☐ ヒスパニック　☐ 黒人　☐ フィリピン人 ☐ アジアまたは太平洋諸島系　☐ その他(詳細を記入) ☐ アメリカン・インディアンまたはアラスカ先住民	
国籍				
宗教				
この親は妊娠に気づいていましたか?	☐ はい　☐ いいえ		☐ はい　☐ いいえ	
彼女/彼には何人の兄弟、姉妹がいましたか？				
あなたの叔母、または叔父が死亡している場合、年齢と死亡原因を記述してください。				

	あなたの父方の両親				あなたの母方の両親			
	父		母		父		母	
年齢								
死亡している場合、死亡時の年齢と死亡原因								
身体的特徴								
身長と体重	身長	体重	身長	体重	身長	体重	身長	体重
目立った特徴								
最終学歴								
現在または以前の職業								
彼/彼女はあなたの妊娠に気づいていましたか？	☐ はい	☐ いいえ	☐ はい	☐ いいえ	☐ はい	☐ いいえ	☐ はい	☐ いいえ

G. 家族の経歴 (続き)

あなたの兄弟・姉妹 (4名以上の兄弟・姉妹がいる場合、別の用紙をご利用ください)

	1	2	3	4
性別 (男/女)				
年齢				
死亡している場合、死亡の際の年齢と死亡原因				
完全な血縁関係または片親が異なりますか?	☐ 完全な血縁関係 ☐ 片親が異なる	☐ 完全な血縁関係 ☐ 片親が異なる	☐ 完全な血縁関係 ☐ 片親が異なる	☐ 完全な血縁関係 ☐ 片親が異なる
身長と体重	身長 体重	身長 体重	身長 体重	身長 体重
髪の色と質感				
目の色				
肌の色				
趣味および才能				
最終学歴				
現在在学中ですか?	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**
職業				
妊娠に気づいていますか?	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**
婚姻区分				
兄弟・姉妹の子供の数				
兄弟・姉妹の子供の健康状態				

あなたのその他の子供 (*4名以上の子供がいる場合、別の用紙をご利用ください*)

	子供 #1	子供 #2	子供 #3	子供 #4
息子または娘?				
生年月日または年齢				
この子供は養子にとって完全な兄弟/姉妹、または片親が異なりますか?.	☐ 完全な血縁関係 ☐ 片親が異なる	☐ 完全な血縁関係 ☐ 片親が異なる	☐ 完全な血縁関係 ☐ 片親が異なる	☐ 完全な血縁関係 ☐ 片親が異なる
死亡している場合、死亡時の年齢.				
死亡原因				
身長と体重	身長 体重	身長 体重	身長 体重	身長 体重
髪の色と質感				
目の色				
肌の色				
左または右利き				
学校での成績				
この子供はあなたと一緒に暮らしていますか?	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**
趣味および才能				
全体的健康状態				
大手術の経験				
健康問題				
この子供は妊娠に気づいていましたか?	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**	☐ はい ☐ **いいえ**

H. あなた、あなたの両親および親族の既往歴

あなたまたは親族の誰か(あなたの両親、姉妹、兄弟、叔母、叔父、祖父母、その他のあなたの子供など)が以下に挙げられた健康状態を経験したことがある、または現在経験している場合、該当するボックスにチェックマークを入れてください。あなたとの関係を述べてください。コメント欄も記入してください。もし健康状態が家族の方の死亡につながった場合、その旨を記述し、その人の死亡時の大体の年齢をコメント欄に記述してください。

健康状態	いいえ	不明	はい 自分	はい－親族 (自分との関係の詳細を記入)	コメント
A. 生まれつきの機能障害 1. エビ足または整形外科系の問題 (偏平足など)					
2. 口唇裂または口蓋裂					
3. ダウン症候群					
4. その他の染色体異常					
5. 水頭症					
6. 筋ジストロフィー					身体のどの部分ですか? 発症年齢は?
7. 小人症					
8. 脊椎披裂					
9. 先天的心臓疾患					
10. 鎌状赤血球貧血					
11. テイ・サックス病					
B. アレルギー 1. 湿疹(アトピー)またはその他の肌の状態					どのようなアレルギーに対してですか? 治療方法と薬の種類
2. 花粉症またはその他のアレルギー					
3. 薬物アレルギー					どのような薬物に対してですか?
4. 食物アレルギー					どのような食物に対してですか?
C. 眼球疾患、歯牙障害、耳疾患および発達障害 1. 盲目、緑内障、色覚異常またはその他の視覚障害					
2. 矯正メガネまたはコンタクトレンズ					何歳の時に処方レンズが必要になりましたか?
近視 ☐ 遠視 ☐					
乱視 ☐ (焦点を合わせることができない)					
斜視 ☐					
その他 (詳細を記入) ☐					
3. 歯列矯正ブリッジまたはその他の歯列矯正術					もしそうであれば、どのような矯正術で、期間は?

H. あなた、あなたのご両親および親族の既往歴 (続き)

健康状態	いいえ	不明	はい 自分	はい－親族(自分との関係の詳細を記入)	コメント
4. 難聴またはその他の耳の問題					特別な教育を受けましたか? 「はい」の場合、開始年齢
5. 会話障害					
6. 学習障害					診断名は? 入院しましたか?
7. 遅滞(精神的または身体的)					
D. 循環障害 1. 血友病					
2. 鎌状赤血球貧血または形質					
3. 過度の緊張 (高血圧)					発病年齢は? 治療の種類は? 入院しましたか?
4. 脳卒中(脳梗塞)					
5. 心臓発作 (冠状動脈)					
6. 関節炎					どのような種類ですか? 発病年齢は? 身体のどの部分?
7. 腎臓病					発病年齢・治療の種類
E. ホルモン障害 1. 糖尿病					発病年齢・治療の種類
2. 甲状腺疾患					
3. 肥満 (過体重)					
F. 呼吸器疾患 1. ぜんそく					原因 (分かれば)・治療の種類
2. 肺気腫					発病年齢
3. 結核					発病年齢は? どのような種類ですか? 身体のどの部分?
G. 精神および行動障害 1. 診断された統合失調症					発病年齢・治療の種類。入院しましたか?
2. 診断された躁うつ病					
3. その他の精神病。必要であれば別の用紙を使って記述してください					
4. アルコール依存症または過度の飲酒					
5. 薬物の使用					種類、量、いつ摂取しましたか?

H. あなた、あなたのご両親および親族の既往歴 (続き)

健康状態	いいえ	不明	はい 自分	はい－親族 (自分との関係の詳細を記入)	コメント
H. リンパ管疾患 1. がん					種類は? 発病年齢は? 身体のどの部分?
2. 腫瘍					
3. 嚢胞性線維症					
4. ホジキン病					
I. 神経系疾患 1. 多発性硬化症					身体のどの部分? 発病年齢は?
2. ハンチントン病					
3. 脳性 (小児) 麻痺					
4. 発作またはけいれん					発病年齢・治療方法・頻度
5. てんかん					
J. 感染症、入院 1. 既知の感染症を伴う繰り返す発熱					診断名
2. 入院を必要とする繰り返す重度の感染症					
3. 入院、手術または怪我					原因・時期
K. その他の医療または健康の問題					