

申請人姓名：

紐約州
兒童與家庭服務辦公室
(NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
寄養/收養申請人
醫療報告 (第 1 部分)

說明：

申請人：本表單有 3 個部分。**第 1 部分**由申請人填寫。**第 2 部分**由機構填寫。**第 3 部分**由醫師、助理醫師、執業護理師或其他持照且合格的健康照護從業人員為申請人填寫。

尋找家庭者：本表單用於初步申請和再授權。請先填寫**第 2 節**，再將表單提供給申請人。為每位申請人提供一份表單。

第 1 部分 - 第 1 節：申請人資訊**申請人姓名：**

姓氏、名字、中間名首字母縮寫：	出生日期： / /	電話號碼： () -
申請人地址：		
本人特此請求並授權本人醫師向下列機構披露以下資訊。 申請人簽名： X		
根據紐約州的規定，機構需要獲得有關家庭健康狀況的醫療報告。此類報告必須包含申請人在向認證或核准機構提交認證或核准申請之日前不超過一年的體檢結果。		

第 1 部分 - 第 2 節：機構資訊

機構名稱：

機構地址：

機構聯絡人（姓名和電話號碼）

第 1 部分 - 第 3 節：由醫師、助理醫師、執業護理師，或其他持照且符合資格的健康照護從業人員為每名申請人填寫。**針對以下各項，請盡您所知作答：**

體檢日期：

/ /

此人是否曾經接受或正在接受針對任何慢性或嚴重疾病或狀況的治療，並且該疾病或狀況可能影響對寄養/收養兒童的適當照護？ 否 是*

*如果回答「是」，請做出解釋。

此人目前是否正在服用藥物，並且該藥物可能影響對寄養/收養兒童的適當照護？ 否 是*

*如果回答「是」，請做出解釋。

您或您的醫療機構是否曾為此人轉診，以便其接受酒精/藥物濫用治療？ 否 是*

*如果回答「是」，請做出解釋並說明轉診日期。

此人是否患有任何傳染病、感染或者可能會影響對寄養/收養兒童的適當照護的任何疾病？ 否 是*

*如果回答「是」，請做出解釋。

此人是否患有可能會影響對寄養/收養兒童的適當照護的任何生理或心理疾病？ 否 是*

*如果回答「是」，請做出解釋。

申請人姓名：

此人已知的任何疾病是否會對寄養/收養兒童的健康與安全造成風險？

 否 是*

*如果回答「是」，請做出解釋：

調查結果

根據本人如上所述的調查結果，以及本人對此人的瞭解，本人判定上述個人：

- 身心健康，能為寄養/收養兒童提供充分照護且不受任何限制。
- 身心健康，能為寄養/收養兒童提供充分照護，相應限制或支援如下所示：
- 由于身体原因而無法為寄養/收養兒童提供充分照護。請說明：
- 由于心理原因而無法為寄養/收養兒童提供充分照護。請說明：

如果此人申請收養兒童，根據本人如上所述的調查結果，以及本人對此人的瞭解，本人判定上述個人： 處於
 未處於此類身體狀況中：有理由認為此人能夠活到兒童成年，並具有履行父母責任所需的精力和其他能力。

醫療照護提供者簽名：

X

電話號碼：

() -

簽名日期：

/ /

醫療照護提供者正楷姓名：

醫療照護提供者地址：

僅紐約市：

國家提供者識別編號 (NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER, NPI)：

執照號碼：

醫師或診所蓋章：

請將填妥的報告交給第 2 節所列的機構聯絡人。

申請人姓名：

紐約州
兒童與家庭服務辦公室
家庭成員醫療報告（第 2 部分）

說明：

申請人：本表單有 3 個部分。如果家庭成員未滿 18 歲，將由申請人填寫第 1 節，如果家庭成員年滿 18 歲，由該家庭成員填寫。第 2 部分由機構填寫。第 3 部分由醫師、助理醫師、執業護理師，或其他持照且符合資格的健康照護從業人員為每名家庭成員填寫。

尋找家庭者：本表單用於初步申請和再授權。請先填寫第 2 節，再將表單提供給申請人。為每名申請人提供一份表單。

第 2 部分 - 第 1 節：家庭成員資訊		
姓氏、名字、中間名首字母縮寫：	出生日期： / /	電話號碼： () -
申請人姓名：	與申請人的關係：	
申請人地址：		
本人特此請求並授權本人醫師向下列機構披露以下資訊。		
家庭成員或父母/監護人（如果家庭成員未滿 18 歲）簽名： X		日期： / /
上述個人居住在尋求寄養或收養兒童的家庭中。根據紐約州的規定，機構需要獲得有關家庭健康狀況的醫療報告。此類報告必須說明每名家庭成員身心健康，且無傳染病、感染或疾病。		

第 2 部分 - 第 2 節：機構資訊
機構名稱：
機構地址：
機構聯絡人（姓名和電話號碼）

第 2 部分 - 第 3 節：由醫師、助理醫師、執業護理師，或其他持照且符合資格的健康照護從業人員為申請人的每名家庭成員填寫。		
此人是否患有任何傳染病、感染或者可能會影響對寄養/收養兒童的適當照護的任何疾病？		
		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是*
*如果回答「是」，請做出解釋。		
此人是否患有可能會影響對寄養/收養兒童的適當照護的任何生理或心理疾病？		
		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是*
*如果回答「是」，請做出解釋。		
此人已知的任何疾病是否會對寄養/收養兒童的健康與安全造成風險？		
		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是*
*如果回答「是」，請做出解釋。		
醫療照護提供者簽名： X	電話號碼： () -	簽名日期： / /
醫療照護提供者正楷姓名：		
醫療照護提供者地址：		

申請人姓名：

僅紐約市：	NPI 編號：	執照號碼：
	醫師或診所蓋章：	

請將填妥的報告交給第 2 節所列的機構聯絡人。