

申請人姓名：
機構名稱：

紐約州
兒童與家庭服務辦公室
收養申請人醫療報告 (第 1 部分)
僅限收養

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/機構工作人員：請先填寫第 2 部分，再將表單提供給申請人。每名申請人提供一份表單。

第 1 部分：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	日期： / /	
上述申請人已申請收養一名兒童。根據紐約州的規定，機構需要獲得有關家庭成員總體健康狀況的醫療報告。此類報告必須表明，每名家庭成員都沒有傳染病、感染或疾病，也沒有可能影響被收養兒童適當照護的任何生理或心理疾病。此類報告必須包含申請人在向該機構提交核准申請之日前不超過一年的體檢結果。		

第 2 部分：機構資訊
機構名稱：
機構地址：
機構聯絡人：(尋找家庭者/機構工作人員姓名與電話號碼)

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申請人填寫。			
針對以下各項，請盡您所知作答：			
此人是否曾經接受或正在接受針對任何慢性或嚴重疾病的治療？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	
此人目前是否正在服用藥物？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	
您是否曾將此人轉診至其他醫療服務、心理健康服務或治療機構以進行酒精/藥物濫用治療？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	
請對回答「是」的所有問題做出解釋。			
申請人的一般健康審查			
體檢日期： / /	身高： ：	體重： 磅	血壓： /
視力：	聽力：		
心血管：	肺病：		
胃腸道：	內分泌：		
神經系統：	肌肉/骨骼：		
皮膚：			

申請人姓名：
機構名稱：

此人是否患有任何傳染病、感染或疾病，或者可能會影響兒童適當照護的任何生理或心理疾病？ 否 是
請說明：

存在的任何已確定痛苦是否會對孩子的健康與安全造成風險？ 否 是
請說明：

調查結果

根據本人的調查結果，如上所述，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其活到孩子成年，並具有履行父母責任所需的精力與其他能力。

如果不具備：

請說明：

醫療照護提供者簽名：

X

電話號碼：

() - / /

簽名日期：

 / /

提供者地址：

醫師印章：

醫療照護提供者應將填妥的報告返回給第 2 部分所列的機構聯絡人。

申請人姓名：
機構名稱：

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)
僅限收養

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 部分，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/機構工作人員：請先填寫第 2 部分，再將表單提供給申請人。每名申請人提供一份表單。

第 1 部分：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： () -
上述個人居住在尋求收養孩子的家庭中。根據紐約州的規定，機構需要獲得有關家庭成員總體健康狀況的醫療報告。此類報告必須表明，每名家庭成員都沒有傳染病、感染或疾病，也沒有可能影響被收養兒童適當照護的任何生理或心理疾病。此類報告必須包含在向該機構提交核准申請之日前不超過一年的家庭成員體檢結果。		
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： / /

第 2 部分：機構資訊
機構名稱：
機構地址：
機構聯絡人：（尋找家庭者/機構工作人員姓名與電話號碼）

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申請人的每名家庭成員填寫。	
針對以下各項，請盡您所知作答：	
此人是否曾經接受或正在接受針對任何慢性或嚴重疾病的治療？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
此人目前是否正在服用藥物？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
您是否曾將此人轉診至其他醫療服務、心理健康服務或治療機構以進行酒精/藥物濫用治療？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
此人是否患有任何傳染病、感染或疾病，或者可能會影響兒童適當照護的任何生理或心理疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
存在的任何已確定痛苦是否會對孩子的健康與安全造成風險？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
請對回答「是」的所有問題做出解釋。	
上述個人是否身心健康，且沒有傳染病、感染或疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
請對回答「否」的所有問題做出解釋。	

申請人姓名：
機構名稱：

醫療照護提供者簽名： X	電話號碼： () - / /	簽名日期： / /
提供者地址：		
醫師印章：		
醫療照護提供者應將填妥的報告返回給第 2 部分所列的機構聯絡人。		