



集体用餐 (Congregate Meal) 登记

场地名称: _____ 新客户 续期

本表必须由相应的集体用餐提供者填写。

老年人人口统计信息

日期:	姓名:	出生日期:		
地址:		城市:	州:	邮政编码:
电子邮件:		电话:	手机:	
族裔: <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			婚姻状况: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 合法分居 <input type="checkbox"/> 同居伴侣	
种族: <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 亚裔或亚裔美国人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛居民 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民			性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 其他:	
英语能力有限: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果为“是”，请注明语言: _____		月收入: _____ 低于贫困线: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与他人同住 家庭人数: _____	

主要健康问题 (请勾选所有适用选项)

行走 听力 视力 其他: _____

营养风险筛查 (选择是或否)

	是	否		是	否
我患有一种疾病或病症，这改变了我吃的食物的种类或数量。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我并不总是有足够的钱来购买我需要的食物。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我每天只吃不到两顿饭。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大多数时候，我都是一个人吃饭。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我很少吃水果和蔬菜，也很少吃奶制品。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	每天，我服用三种或三种以上不同的处方药或非处方药。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我几乎每天都要喝三杯或更多的啤酒、白酒或葡萄酒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	在过去的六个月里，我的体重在不经意间增加或减少了十磅。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我的牙齿或口腔有问题，导致吃东西很困难。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我并不总是有体力去购物、做饭和/或自己吃饭。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
总计		0	总计		0

六点或六点以上 = 高营养风险 各栏合并总计: _____ / 最高可为21点

向客户解释了营养方面的风险。
 客户被视为高营养风险人群。建议与医疗服务提供者进行后续随访。

其他营养信息

老年人是否有咀嚼困难/牙齿健康状况差的问题吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	特殊饮食需求: <input type="checkbox"/> 一般饮食 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 其他:
客户周末的食物来源:	饮食限制:

食物过敏 是 否 如果为“是”，请注明: _____

备注: 客户有责任查看每周的菜单，并将任何过敏问题通知营养提供者。在可行的情况下，服务提供者会提供特殊膳食，以满足客户的饮食需求。

客户已被告知食物可能含有或接触到食物过敏原。

其他联系方式

紧急联系人姓名 1:	白天/手机:
紧急联系人姓名 2:	白天/手机:

信息披露授权书

我允许医疗服务提供者和/或区域老龄机构工作人员讨论我的需求。

客户签名:	日期:
-------	-----