



공동 급식 등록서(Registration for Congregate Meals)

장소 이름: _____ 신규 고객 갱신

이 양식은 담당 공동 영양 제공 기관에서 작성해야 합니다.

고령자 인구 통계 정보					
날짜:	이름:	생년월일:			
주소:	시:	주:	Zip 코드:		
이메일:	전화:	휴대전화:			
민족: <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 <input type="checkbox"/> 비-히스패닉 또는 비-라틴계	혼인 상태:		성별:		
인종: <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 아시아인 또는 아시아계 미국인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 태평양 제도민 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 법적 별거 상태 <input type="checkbox"/> 동거 중인 파트너		<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 기타:		
제한적인 영어 능력: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	월 수입: _____	<input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 공동 생활			
예인 경우, 구체적인 언어를 입력하세요: _____	빈곤층: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	가구원 수: _____			
주요 건강 문제(해당하는 항목에 모두 표시하세요)					
<input type="checkbox"/> 보행 <input type="checkbox"/> 청력 <input type="checkbox"/> 시력 <input type="checkbox"/> 기타: _____					
영양 위험 검사(예 또는 아니요 선택)					
	예	아니요		예	아니요
먹는 음식의 종류나 양을 바꿔야 하는 병이나 질환이 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	필요한 음식을 구입할 돈이 충분하지 않을 때가 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
하루 식사 횟수가 2회 미만이다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	주로 혼자 식사를 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
과일 및 채소, 유제품을 거의 먹지 않는다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	매일 세 가지 이상의 처방약 또는 일반 의약품을 복용한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
거의 매일 세 잔 이상의 맥주, 주류 또는 포도주를 마신다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	의도하지 않았는데 지난 6개월간 체중이 10파운드(4.5킬로그램) 정도 줄거나 늘었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
치아 또는 구강 문제로 음식을 먹는 것이 어렵다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	신체적으로 쇼핑, 요리 및/또는 식사를 스스로 하지 못하는 상태일 때가 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
합계		0	합계		0
6점 이상 = 영양 위험 높음 전체 합계: _____/21점(최고 점수)					
<input type="checkbox"/> 영양 위험을 고객에게 설명함.					
<input type="checkbox"/> 고객의 영양 위험이 높은 수준으로 판단됨. 의료기관에서 후속 조치를 취하도록 권고함.					
추가 영양 정보					
고령자가 음식을 씹는 데 어려움이 있거나 치아 건강이 안 좋은 상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			특별식 필요:	<input type="checkbox"/> 일반식 <input type="checkbox"/> 당뇨식 <input type="checkbox"/> 기타:	
고객의 주말 음식 공급처:			식단 제약 사항:		
음식 알레르기 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 있는 경우, 구체적으로 적어주세요:					
주의:주간 메뉴를 확인하고 알레르기 관련 문제를 영양 제공 업체에 전달하는 것은 고객의 책임입니다. 가능한 경우 제공 업체에서 고객의 식단 요구에 맞춰 특수 식단을 제공할 것입니다.					
<input type="checkbox"/> 고객에게 음식이 알레르기 유발 물질을 함유하거나 접촉했을 가능성이 있다는 것을 알려줌.					
기타 연락처 정보					
비상 연락처 이름 #1:			주간/휴대전화:		
비상 연락처 이름 #2:			주간/휴대전화:		
정보 공개 승인					
본인은 제공 업체 및/또는 지역 노인 기관 직원이 본인의 필요 사항에 대해 논의하는 것을 허락합니다.					
고객 서명:			날짜:		

직원 이름 약자: _____