



## 集體用餐 (Congregate Meal) 登記

場地名稱：\_\_\_\_\_  新客戶  續期

本表必須由相應的集體用餐提供者填寫。

老年人人口統計資訊				
日期：	姓名：	出生日期：		
地址：	城市：	州：	郵遞區號：	
電子郵件：	電話：	手機：		
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	種族： <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 亞裔或亞裔美國人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋島居民 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 合法分居 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 其他：	
英語能力有限： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果為“是”，請註明語言：_____	月收入：_____	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與他人同住		
如果為“是”，請註明語言：_____ 低於貧困線： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家庭人數：_____				
主要健康問題 (請勾選所有適用選項)				
<input type="checkbox"/> 行走 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
營養風險篩查 (選擇是或否)				
	是	否		是 否
我患有一種疾病或病症，這改變了我吃的食物的種類或數量。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我並不總是有足夠的錢來購買我需要的食物。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
我每天只吃不到兩頓飯。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大多數時候，我都是一個人吃飯。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
我很少吃水果和蔬菜，也很少吃乳製品。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	每天，我服用三種或三種以上不同的處方藥或非處方藥。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
我幾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"/>	在過去的六個月裡，我的體重在不經意間增加或減少了十磅。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
我的牙齒或口腔有問題，導致吃東西很困難。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我並不總是有體力去購物、做飯和/或自己吃飯。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
總計		0	總計	0
六點或六點以上 = 高營養風險 各欄合並總計：_____ / 最高可為21點				
<input type="checkbox"/> 向客戶解釋了營養方面的風險。				
<input type="checkbox"/> 客戶被視為高營養風險人群。建議與醫療服務提供者進行後續隨訪。				
其他營養資訊				
老年人是否有咀嚼困難/牙齒健康狀況差的問題嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	特殊飲食需求：	<input type="checkbox"/> 一般飲食	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 其他：
客戶週末的食物來源：	飲食限制：			
食物過敏 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果為“是”，請註明：				
備註：客戶有責任查看每週的菜單，並將任何過敏問題通知營養提供者。在可行的情況下，服務提供者會提供特殊膳食，以滿足客戶的飲食需求。				
<input type="checkbox"/> 客戶已被告知食物可能含有或接觸到食物過敏原。				
其他聯繫方式				
緊急連絡人姓名 1：	白天/手機：			
緊急連絡人姓名 2：	白天/手機：			
資訊披露授權書				
我允許醫療服務提供者和/或區域老齡機構工作人員討論我的需求。				
客戶簽名：	日期：			

工作人員姓名首字母：\_\_\_\_\_