



原因:

送餐上门之营养服务转介/评估

必须填写此表并将其转交给相应的送餐上门营养服务提供机构。

转介者:		<input type="checkbox"/> 护理协调单位 (CCU) _____	
		<input type="checkbox"/> 管理式护理组织 (MCO) _____	
		<input type="checkbox"/> 区域老龄机构 <input type="checkbox"/> 营养服务提供者	
老年人领餐天数 (请选择所有适用项):		<input type="checkbox"/> 周一 <input type="checkbox"/> 周二 <input type="checkbox"/> 周三 <input type="checkbox"/> 周四 <input type="checkbox"/> 周五	
		<input type="checkbox"/> 所有周一至周五 <input type="checkbox"/> 周末 <input type="checkbox"/> 第2餐	
膳食类型		<input type="checkbox"/> 热食 <input type="checkbox"/> 凉食 <input type="checkbox"/> 冷冻食品 特别说明:	
优先级别:			
供餐时长: (只选一项) <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 长期 重新评估日期: _____			
特殊饮食需求: <input type="checkbox"/> 一般饮食 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 低盐 <input type="checkbox"/> 其他 (请说明): _____			
老年人口统计信息			
姓名:		出生日期:	
地址:		城市:	
电话:		街道:	
手机:		邮政编码:	
授权代表:		电话:	
紧急联系人姓名 1:		紧急联系人姓名 2:	
关系:		关系:	
白天/手机:		白天/手机:	
族裔:		您的性别? (只选一项)	
<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
<input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔		<input type="checkbox"/> 其他	
种族 (请选择所有适用项):		婚姻状况:	
<input type="checkbox"/> 白人		<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	
<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人		<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 丧偶	
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛居民		<input type="checkbox"/> 同居伴侣	
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民		<input type="checkbox"/> 合法分居	
<input type="checkbox"/> 亚裔或亚裔美国人		住房类型:	
		<input type="checkbox"/> 房子	
		<input type="checkbox"/> 公寓(#: _____)	
		<input type="checkbox"/> 其他 (请注明): _____	
		补贴性住房:	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
低于贫困线 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		每月收入: _____	
		家庭人数: _____	
英语能力有限: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答为“是”，请注明您主要使用的语言: _____			

营养风险筛查 (选择“是”或“否”下的点数)	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。	
我每天只吃不到两顿饭。	
我很少吃水果和蔬菜，也很少喝奶制品。	
我几乎每天都要喝三杯或更多的啤酒、白酒或葡萄酒。	
我的牙齿或口腔有问题，导致吃东西很困难。	
我并不总是有足够的钱来购买我需要的食物。	
大多数时候，我都是一个人吃饭。	
每天，我服用三种或三种以上不同的处方药或非处方药。	
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。	
我并不总是有体力去购物、做饭和/或自己吃饭。	
总计	/最高可为21点
六点或六点以上 = 高营养风险	
<input type="checkbox"/> 向客户解释了营养方面的风险。	
<input type="checkbox"/> 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。	

日常生活活动之障碍/问题 0无协助 = No; 1-3 协助 = 是; 4 未知 = 否			工具性日常生活活动之障碍/问题 0无协助 = No; 1-3 协助 = 是; 4 未知 = 否		
	点数	是/否		点数	是/否
进食			洗衣		
沐浴			购物		
梳洗			轻度家务		
穿衣			繁重家务		
如厕			电话		
步行/移动			财务管理		
移位 (上下床/椅子)			出行交通		
			准备膳食		
			用药		
	总点数			总点数	
“是”的总数=		“否”的总数=	“是”的总数=		“否”的总数=

其他营养信息	
谁负责买食品杂货? 多久一次?	老年人能自己吃饭吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果不能, 谁来协助? 什么类型的帮助: <input type="checkbox"/> 切割 <input type="checkbox"/> 喂食 <input type="checkbox"/> 打开容器
是否有人可以准备食物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果有, 是谁? 哪几天? 哪几餐?	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
老年人厨房设施/设备 (请勾选所有适用的选项): <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 厨房特权 <input type="checkbox"/> 有可用空间的冷冻柜 <input type="checkbox"/> 冰箱 <input type="checkbox"/> 炉子 <input type="checkbox"/> 微波炉	老年人是否能够在无人看管的情况下使用这些设备 (请勾选所有适用选项): <input type="checkbox"/> 炉子 <input type="checkbox"/> 微波炉 <input type="checkbox"/> 冷冻柜 <input type="checkbox"/> 冰箱
老年人周末的食物来源:	饮食限制:
食物过敏: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果为“是”, 请注明: 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。	
您目前正在领取食品援助福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (例如: SNAP, SFMNP, TEFAP)	
申请送餐上门的原因/资格: (请选择所有适用项) <input type="checkbox"/> 居家不出 <input type="checkbox"/> 永久残疾 <input type="checkbox"/> 暂时性残疾 <input type="checkbox"/> 看护者暂休 <input type="checkbox"/> 为配偶或家中的残疾成人提供膳食 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):	
老年人将受益于送餐上门服务, 因为 (请选择所有适用项): <input type="checkbox"/> 老年人做饭有困难, 容易疲劳 <input type="checkbox"/> 老年人正在从手术、疾病等中恢复等。 <input type="checkbox"/> 由于老年人收入有限, 此膳食将增加其营养摄入量 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明):	
目前正从其他渠道获得送餐上门 (例如: 家庭、教会等): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
主要健康问题 (请勾选所有适用选项)	
行走: <input type="checkbox"/> 完全自主行走 <input type="checkbox"/> 部分自主行走 <input type="checkbox"/> 辅助行走 <input type="checkbox"/> 卧床不起	需求测定 (DON) 评分: (如已知道) 其他主要健康问题 (请说明):
视力: <input type="checkbox"/> 完好视力 <input type="checkbox"/> 有限视力 <input type="checkbox"/> 佩戴眼镜 <input type="checkbox"/> 失明	
听力: <input type="checkbox"/> 完好听力 <input type="checkbox"/> 重听 <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 聋人	

优先级别筛选问题 (在客户被确定为符合送餐上门的“资格”之后)	
1. (a):如果您有可用的食品杂货,你能用它们准备热餐吗? <input type="checkbox"/> 是 (转至问题 2a) ↓ <input type="checkbox"/> 否 (转至问题 1b) →	1. (b):您在准备膳食方面有可靠的帮手吗? <input type="checkbox"/> 是 (转至问题 2) <input type="checkbox"/> 否 (停止 - 查看高优先级别)
2. 在过去的一个月里...	
(a)...有多少次出现下述情况?我/我们买的食物很快就吃完了。而我/我们没有钱去买更多的食物?	
(b)...有多少次出现下述情况?我/我们吃不起营养均衡的膳食?	
(c)...您或您家里的其他成年人是否曾因为没有足够的钱买食物而减少餐量?	
(d)...您或您家里的其他成年人是否曾因为没有足够的钱买食物而不吃饭?	
(e)...您有没有曾因为没有足够的钱买食物,而吃得比您觉得应该吃的量少?	
(f)...您是否曾因为负担不起足够的食物而饿着肚子却没吃东西?	
总点数 2a-2f	
3. 您家中是否能及时获得所需的食品杂货? *选择时,请参考总点数	
0-1 点及“否” =低优先级别 (可能需要食品杂货购物服务或食品配送。) 2-6点 =中优先级别 (可能需要额外的营养服务。)	
在第1页顶部框中勾选相应的优先级别	

其他联系信息ⁿ		
主治医师姓名:	主治医师电话:	
对于送餐上门提供者:		
<input type="checkbox"/> 将客户转介至社区照顾计划 (CCP),以获得额外的家庭和社区服务		
<input type="checkbox"/> 送餐上门 (HDM) 服务之客户被告知食物可能含有或接触到食物过敏原。		
<u>信息披露授权书</u>		
本人允许 _____ 将此评估表之副本发送给送餐上门 (HDM) 服务提供者 _____, 并与HDM服务提供者、护理协调单位 (CCU)、管理式护理组织 (MCO) 和/或区域老龄机构 (AAA) 讨论我的需求。		
老年人签名:	<input type="checkbox"/> * 已提供口头同意 日期:	
我证明该老年人符合《美国老年人法案》(Older Americans Act) 所规定的送餐上门资格标准。		
签名:	日期:	
个案经理姓名:	电话:	
组织:	电子邮件:	
HDM开始日期:	重新评估日期:	终止日期:
司机须知: <input type="checkbox"/> 按门铃 <input type="checkbox"/> 大声敲门 <input type="checkbox"/> 小心狗 <input type="checkbox"/> 其他: (请选择所有适用项)		

* 在发生大流行病、内乱或其他无法提供书面同意/签名的情况下,可提供口头同意。

由以下人员填写 (仅适用于转介机构):	
转介机构名称:	电话号码:
地址:	