

原因：

送餐上門之營養服務轉介/評估

必須填寫此表並將其轉交給相應的送餐上門營養服務提供機構。

轉介者： <input type="checkbox"/> 護理協調單位 (CCU) _____ <input type="checkbox"/> 管理式護理組織 (MCO) _____ <input type="checkbox"/> 區域老齡機構 <input type="checkbox"/> 營養服務提供者	
老年人領餐天數 (請選擇所有適用項): <input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 <input type="checkbox"/> 所有週一至週五 <input type="checkbox"/> 週末 <input type="checkbox"/> 第2餐	
膳食類型 <input type="checkbox"/> 熱食 <input type="checkbox"/> 涼食 <input type="checkbox"/> 冷凍食品 特別說明： 優先級別：	
供餐時長：(只選一項) <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 長期 重新評估日期：	
特殊飲食需求： <input type="checkbox"/> 一般飲食 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 低鹽 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明)：	
老年人口統計資訊	
姓名： _____ 出生日期： _____	
地址： _____ 城市： _____ 街道： _____ 郵遞區號： _____ 電話： _____ 手機： _____	
授權代表： _____ 電話： _____	
緊急連絡人姓名 1： 關係： 白天/手機：	緊急連絡人姓名 2： 關係： 白天/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	您的性別?(只選一項) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 您是退伍軍人嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
種族 (請選擇所有適用項): <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <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 <input type="checkbox"/> 亞裔或亞裔美國人	婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 合法分居
低於貧困線 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	每月收入： _____ 家庭人數： _____
英語能力有限： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答為“是”，請註明您主要使用的語言：	
營養風險篩查 (選擇“是”或“否”下的點數)	
	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。	
我每天只吃不到兩頓飯。	
我很少吃水果和蔬菜，也很少喝奶製品。	
我幾乎每天都要喝三杯或更多的啤酒、白酒或葡萄酒。	
我的牙齒或口腔有問題，導致吃東西很困難。	
我並不總是有足夠的錢來購買我需要的食物。	
大多數時候，我都是一個人吃飯。	
每天，我服用三種或三種以上不同的處方藥或非處方藥。	
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。	
我並不總是有體力去購物、做飯和/或自己吃飯。	
總計	/最高可為21點
六點或六點以上 = 高營養風險	
<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。	

日常生活活動之障礙/問題 0 無協助 = No; 1-3 協助 = 是; 4 未知 = 否			工具性日常生活活動之障礙/問題 0 無協助 = No; 1-3 協助 = 是; 4 未知 = 否		
	點數	是/否		點數	是/否
進食			洗衣		
沐浴			購物		
梳洗			輕度家務		
穿衣			繁重家務		
如廁			電話		
步行/移動			財務管理		
移位 (上下床/椅子)			出行交通		
			準備膳食		
			用藥		
	總點數			總點數	
“是”的總數=		“否”的總數=		“是”的總數=	
				“否”的總數=	

其他營養資訊	
誰負責買食品雜貨? 多久一次?	老年人能自己吃飯嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果不能, 誰來協助? 什麼類型的幫助: <input type="checkbox"/> 切割 <input type="checkbox"/> 餵食 <input type="checkbox"/> 打開容器
是否有人可以準備食物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果有, 是誰? 哪幾天? 哪幾餐?	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
老年人廚房設施/設備 (請勾選所有適用的選項): <input type="checkbox"/> 廚房 <input type="checkbox"/> 廚房特權 <input type="checkbox"/> 有可用空間的冷凍櫃 <input type="checkbox"/> 冰箱 <input type="checkbox"/> 爐子 <input type="checkbox"/> 微波爐	老年人是否能夠在無人看管的情況下使用這些設備 (請勾選所有適用選項): <input type="checkbox"/> 爐子 <input type="checkbox"/> 微波爐 <input type="checkbox"/> 冷凍櫃 <input type="checkbox"/> 冰箱
老年人週末的食物來源:	飲食限制:
食物過敏: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果為“是”, 請註明: 注: 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。	
您目前是否正在領取食品援助福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (例如: SNAP, SFMNP, TEFAP)	
申請送餐上門的原因/資格: (請選擇所有適用項) <input type="checkbox"/> 居家不出 <input type="checkbox"/> 永久殘障 <input type="checkbox"/> 暫時性殘障 <input type="checkbox"/> 看護者暫休 <input type="checkbox"/> 為配偶或家中的殘障成人提供膳食 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明):	
老年人將受益於送餐上門服務, 因為 (請選擇所有適用項): <input type="checkbox"/> 老年人做飯有困難, 容易疲勞 <input type="checkbox"/> 老年人正在從手術、疾病等中恢復等。 <input type="checkbox"/> 由於老年人收入有限, 此膳食將增加其營養攝入量 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明):	
目前正從其他渠道獲得送餐上門 (例如: 家庭、教會等): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
主要健康問題 (請勾選所有適用選項)	
行走: <input type="checkbox"/> 完全自主行走 <input type="checkbox"/> 部分自主行走 <input type="checkbox"/> 輔助行走 <input type="checkbox"/> 臥床不起	需求測定 (DON) 評分: (如已知道) 其他主要健康問題 (請說明):
視力: <input type="checkbox"/> 完好視力 <input type="checkbox"/> 有限視力 <input type="checkbox"/> 佩戴眼鏡 <input type="checkbox"/> 失明	
聽力: <input type="checkbox"/> 完好聽力 <input type="checkbox"/> 重聽 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 聾人	

優先級別篩選問題 (在客戶被確定為符合送餐上門的“資格”之後)	
1. (a): 如果您有可用的食品雜貨，你能用它們準備熱餐嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (轉至問題 2a) ↓ <input type="checkbox"/> 否 (轉至問題 1b) →	1. (b): 您在準備膳食方面有可靠的幫手嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (轉至問題 2) <input type="checkbox"/> 否 (停止 - 查看高優先級別)
2. 在過去的一個月裡...	
(a)...有多少次出現下述情況？我/我們買的食物很快就吃完了。而我/我們沒有錢去買更多的食物？	
(b)...有多少次出現下述情況？我/我們吃不起營養均衡的膳食？	
(c)...您或您家裡的其他成年人是否曾因為沒有足夠的錢買食物而減少餐量？	
(d)...您或您家裡的其他成年人是否曾因為沒有足夠的錢買食物而不吃飯？	
(e)...您有沒有曾因為沒有足夠的錢買食物，而吃得比您覺得應該吃的量少？	
(f)...您是否曾因為負擔不起足夠的食物而餓著肚子卻沒吃東西？	
總點數 2a-2f	
3. 您家中是否能及時獲得所需的食品雜貨？ *選擇時，請參考總點數	
0-1 點及“否” = 低優先級別 (可能需要 食品雜貨購物服務或食品配送。) 2-6 點 = 中優先級別 (可能需要額外的營養服務。) 在第1頁頂部框中勾選相應的優先級別	

其他聯繫資訊		
主治醫師姓名：	主治醫師電話：	
對於送餐上門提供者：		
<input type="checkbox"/> 將客戶轉介至社區照顧計劃 (CCP)，以獲得額外的家庭和社區服務 <input type="checkbox"/> 送餐上門 (HDM) 服務之客戶被告知食物可能含有或接觸到食物過敏原。		
資訊披露授權書		
本人允許 _____ 將此評估表之副本發送給送餐上門 (HDM) 服務提供者 _____， 並與HDM服務提供者、護理協調單位 (CCU)、管理式護理組織 (MCO) 和/或區域老齡機構 (AAA) 討論我的需求。		
老年人簽名：	<input type="checkbox"/> * 已提供口頭同意 日期：	
我證明該老年人符合《美國老年人法案》 (Older Americans Act) 所規定的送餐上門資格標準。		
簽名：	日期：	
個案經理姓名：	電話：	
組織：	電子郵件：	
HDM開始日期：	重新評估日期：	終止日期：
司機須知： <input type="checkbox"/> 按門鈴 <input type="checkbox"/> 大聲敲門 <input type="checkbox"/> 小心狗 <input type="checkbox"/> 其他： (請選擇所有適用項)		

* 在發生大流行病、內亂或其他無法提供書面同意/簽名的情況下，可提供口頭同意。

由以下人員填寫 (僅適用於轉介機構)：	
轉介機構名稱：	電話號碼：
地址：	