

도시락 제공 서비스 등록 양식

고령자 인구 통계 정보 (모든 정보를 반드시 입력하세요)			
이름:	성:	생년월일:	
주소:		전화:	
시:	우편 번호:	휴대폰:	
공인 대리인:			
이름:	전화:	관계:	
비상 연락처:			
이름:	전화:	관계:	
인종: (해당하는 항목에 모두 표시) 백인 흑인 또는 아프리카계 미국인 하와이 원주민 또는 태평양 제도민 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아인 또는 아시아계 미국인	성별: 남성 여성 기타	혼인 상태: 기혼 이혼 미혼 사별 동거 중인 파트너 법적 별거 상태	혼자 사십니까? 예 아니요 총 개인 소득: \$
민족: 히스패닉 또는 라틴계 히스패닉 또는 라틴계가 아님	미군에서 복무하신 적이 있습니까? 예 아니요		
제한적인 영어 회화 능력: 예 아니요		예인 경우, 주요 사용 언어:	

영양 리스크 검사	예/아니요	점수
먹는 음식의 종류나 양을 바꿔야 하는 병이나 질환이 있다.	예 아니요	
식사 횟수가 하루에 두 번 미만이다.	예 아니요	
과일 채소, 유제품을 거의 먹지 않는다.	예 아니요	
매일 세 잔 이상의 맥주, 주류 또는 포도주를 마신다.	예 아니요	
치아 또는 구강 문제로 음식을 먹는 것이 어렵다.	예 아니요	
필요한 음식을 살 돈이 충분하지 않을 때가 있다.	예 아니요	
나는 대부분의 경우 혼자 식사를 한다.	예 아니요	
매일 세 가지 이상의 처방약 또는 일반 의약품을 복용한다.	예 아니요	
의도하지 않았는데 지난 6개월간 체중이 10파운드 정도 줄거나 늘었다.	예 아니요	
신체적으로 쇼핑, 요리 및/또는 식사를 스스로 하지 못하는 상태일 때가 있다.	예 아니요	
총 점수		

추가 영양 정보	
현재 식료품 지원 혜택을 받고 있습니까? (예: SNAP, SFMNP, TEFAP)	예 아니요
현재 다른 곳(가족, 교회 등)에서 식사 지원을 받고 있습니까?	예 아니요
씹는 데 어려움이 있거나 치아 건강이 안 좋은 상태입니까?	예 아니요
삼키는 데 어려움이 있습니까?	예 아니요
특수한 식단이 필요한 상태입니까? (예인 경우, 아래에 구체적으로 기재하십시오)	예 아니요
당뇨 식단 저염 식단 채식 식단 기타:	

추가 영양 정보(계속)	
음식 알레르기가 있습니까? 예 아니요	주의: 주간 메뉴를 확인하고 알레르기 관련 우려 사항을 영양 제공 업체에 전달하는 것은 귀하의 책임입니다. 가능한 경우 제공 업체에서 고객의 식단 요구에 맞춰 특수 식단을 제공할 것입니다.
예인 경우, 알레르기를 유발하는 음식을 모두 기재해 주세요.	

일상 활동(ADL) 및 도구적 일상 활동(IADL)			
각 활동을 완수하는 데 어려움이 있거나 도움이 필요한 경우가 많은 경우 '예'에 체크하십시오.			
ADL	예 / 아니요	IADL	예 / 아니요
식사	예 아니요	세탁	예 아니요
목욕	예 아니요	쇼핑	예 아니요
몸단장	예 아니요	간단한 집안일	예 아니요
옷 입기	예 아니요	힘든 집안일	예 아니요
화장실 사용	예 아니요	전화 통화	예 아니요
걷기/이동	예 아니요	돈 관리	예 아니요
침대/의자에 눕거나/앉거나 일어나기	예 아니요	교통 수단 이용	예 아니요
		식사 준비	예 아니요
		약 복용	예 아니요

본인은 정확한 정보만을 제공하였음을 확인합니다.	
참여자 서명:	날짜:

직원 작성 항목:	
도시락 식사 등록 사유: (해당하는 항목에 모두 표시) 외출이 어려움 영구 장애 일시적 장애 간병인의 휴식 배우자 또는 가정의 성인 장애인을 위한 식사 기타:	
고령자가 도시락 식사로 이익을 얻을 수 있는 이유: (해당하는 항목에 모두 표시) 요리하기 어려움 수술에서 회복 중 영양 섭취 강화 기타:	
일상 활동(ADL) 및 도구적 일상 활동(IADL)	
ADL에서 '예'의 총 개수:	IADL에서 '예'의 총 개수:
수혜자가 ADL/IADL에 어려움이 있다고 답변한 경우, 지역 서비스 제공 기관에 대한 의뢰를 마쳤습니다.	
영양 위험성 검사	
영양 위험성 총점: 낮음 중간 높음	
영양 위험성 총점을 고객에게 설명하고 브로슈어를 제공하였습니다	
위험성이 높은 경우 의료 기관에서 후속 진찰을 받도록 권고했습니다.	
본인은 이 고령자가 미국 노인복지법(Older Americans Act)에 따라 도시락을 제공받을 수 있는 자격 기준을 충족하였음을 확인합니다.	
서명:	전화:
직원 이름:	이메일:
조직:	날짜:
정보 공개 승인 본인은 제공 업체 및/또는 지역 노인 기관 직원이 본인의 필요 사항에 대해 논의하는 것을 허락합니다.	
고객 서명:	날짜: