

营养服务之即取即食 (Grab and Go) 餐食登记表

老年人人口统计信息(需要提供所有信息)			
名:	姓:	出生日期:	
地址:		电话:	
城市:	邮政编码:	手机:	
授权代表:			
姓名:	电话:	关系:	
紧急联系人:			
姓名:	电话:	关系:	
种族: (请选择所有适用项) 白人 黑人或非裔美国人 夏威夷原住民或太平洋岛居民 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亚裔或亚裔美国人	性别: 男 女 其他	婚姻状况: 已婚 离婚 单身 丧偶 同居伴侣 合法分居	您是否独居? 是 否
			个人总收入: 美元
族裔: 西班牙裔或拉美裔 非西班牙裔或拉美裔		您曾在美国武装部队服役吗? 是 否	
英语能力有限: 是 否		如果回答为 "是", 请注明您主要使用的语言:	

营养风险筛查	是/否	点数
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。	是 否	
我每天只吃不到两顿饭。	是 否	
我很少吃水果和蔬菜, 也很少喝奶制品。	是 否	
我几乎每天都要喝三杯或更多的啤酒、白酒或葡萄酒。	是 否	
我的牙齿或口腔有问题, 导致吃东西很困难。	是 否	
我并不总是有足够的钱来购买我需要的食物。	是 否	
大多数时候, 我都是一个人吃饭。	是 否	
每天, 我服用三种或三种以上不同的处方药或非处方药。	是 否	
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。	是 否	
我并不总是有体力去购物、做饭和/或自己吃饭。	是 否	
	总点数	

其他营养信息	
您目前是否正在领取食品援助福利? (例如: SNAP、SFMNP、TEFAP)	是 否
您目前是否从其他渠道获得膳食补助? (例如: 家庭、教会等)	是 否
您有咀嚼困难/牙齿健康状况差的问题吗?	是 否
您是否有吞咽困难的状况?	是 否
您是否有特殊的饮食需求? (如果回答为 "是", 请在下面注明)	是 否
糖尿病 低盐 素食 其他:	

其他营养信息 (续)

您是否有任何食物过敏？ 是 否	注：您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。
如果回答为“是”，请列出所有过敏食物：	

日常生活活动（ADL）和工具性日常生活活动（IADL）			
在完成以下各项任务时，如果您会有困难或经常需要帮助才能完成此项任务，请为此项任务勾选“是”。			
日常生活活动（ADL）	是/否	工具性日常生活活动（IADL）	是/否
进食	是 否	洗衣	是 否
沐浴	是 否	购物	是 否
梳洗	是 否	轻度家务	是 否
穿衣	是 否	繁重家务	是 否
如厕	是 否	电话	是 否
步行/移动	是 否	财务管理	是 否
移位（上下床/椅子）	是 否	出行交通	是 否
		准备膳食	是 否
		用药	是 否

本人证明所提供的信息均准确无误。	
参与者签名：	日期：

由工作人员填写：	
申请即取即食（Grab and Go）餐食的原因：（请选择所有适用项） 居家不出 永久残疾 暂时性残疾 看护者暂休 为配偶或家中的残疾成人提供膳食 其他：	
老年人将受益于“即取即食（Grab and Go）”服务，因为：（请选择所有适用项） 做饭困难 手术后恢复 增加营养摄入量 其他：	
日常生活活动（ADL）和工具性日常生活活动（IADL）	
ADL为“是”的总数：	IADL为“是”的总数：
对于ADL/IADL方面的困难，如果受助人表示为“是”，则将其转介给地区服务提供者。	
营养风险筛查	
营养风险总评分： 低 中 高	
向客户解释了风险评分，并提供了小册子	
如果是高风险，建议与医疗服务提供者一起完成跟进工作。	
我证明该长者符合《美国长者法案》（Older Americans Act）所规定的“即取即食（Grab and Go）”资格标准。	
签名：	电话：
工作人员姓名：	电子邮件：
组织：	日期：
信息披露授权书 我允许医疗服务提供者和/或区域老龄机构工作人员讨论我的需求。	
客户签名：	日期：