

## 營養服務之即取即食 (Grab and Go) 餐食登記表

老年人人口統計資訊(需要提供所有資訊)			
名：	姓：	出生日期：	
地址：		電話：	
城市：	郵遞區號：	手機：	
授權代表：			
姓名：	電話：	關係：	
緊急連絡人：			
姓名：	電話：	關係：	
種族：(請選擇所有適用項) 白人 黑人或非裔美國人 夏威夷原住民或太平洋島居民 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔或亞裔美國人	性別： 男 女 其他	婚姻狀況： 已婚 離婚 單身 喪偶 同居伴侶 合法分居	您是否獨居？ 是 否
			個人總收入：  美元
族裔： 西班牙裔或拉美裔      非西班牙裔或拉美裔	您曾在美國武裝部隊服役嗎？ 是 否		
英語能力有限： 是 否	如果回答為“是”，請註明您主要使用的語言：		

營養風險篩查	是/否	點數
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。	是 否	
我每天只吃不到兩頓飯。	是 否	
我很少吃水果和蔬菜，也很少喝奶類。	是 否	
我幾乎每天都要喝三杯或更多的啤酒、白酒或葡萄酒。	是 否	
我的牙齒或口腔有問題，導致吃東西很困難。	是 否	
我並不總是有足夠的錢來購買我需要的食物。	是 否	
大多數時候，我都是一個人吃飯。	是 否	
每天，我服用三種或三種以上不同的處方藥或非處方藥。	是 否	
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。	是 否	
我並不總是有體力去購物、做飯和/或自己吃飯。	是 否	
	<b>總點數</b>	

其他營養資訊	
您目前是否正在領取食品援助福利？(例如：SNAP、SFMNP、TEFAP)	是 否
您目前是否從其他渠道獲得膳食補助？(例如：家庭、教會等)	是 否
您有咀嚼困難/牙齒健康狀況差的問題嗎？	是 否
您是否有吞嚥困難的狀況？	是 否
您是否有特殊的飲食需求？(如果回答為“是”，請在下面註明)	是 否
糖尿病    低鹽    素食    其他：	

<b>其他營養資訊 (續)</b>	
您是否有任何食物過敏？ 是 否	注：您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。
如果回答為“是”，請列出所有過敏食物：	

<b>日常生活活動 (ADL) 和工具性日常生活活動 (IADL)</b>			
在完成以下各項任務時，如果您會有困難或經常需要幫助才能完成此項任務，請為此項任務勾選“是”。			
<b>日常生活活動 (ADL)</b>	<b>是/否</b>	<b>工具性日常生活活動 (IADL)</b>	<b>是/否</b>
進食	是 否	洗衣	是 否
沐浴	是 否	購物	是 否
梳洗	是 否	輕度家務	是 否
穿衣	是 否	繁重家務	是 否
如廁	是 否	電話	是 否
步行/移動	是 否	財務管理	是 否
移位 (上下床/椅子)	是 否	出行交通	是 否
		準備膳食	是 否
		用藥	是 否

<b>本人證明所提供的所有資訊均準確無誤。</b>	
參與者簽名：	日期：

<b>由工作人員填寫：</b>	
<b>申請即取即食 (Grab and Go) 餐食的原因:</b> (請選擇所有適用項) 居家不出 永久殘障 暫時性殘障 看護者暫休 為配偶或家中的殘障成人提供膳食 其他：	
長者將受益於“即取即食 (Grab and Go) “服務，因為： (請選擇所有適用項) 做飯困難 手術後恢復 增加營養攝取量 其他：	
<b>日常生活活動 (ADL) 和工具性日常生活活動 (IADL)</b>	
ADL為“是“的總數：	IADL為“是“的總數：
對於ADL/IADL方面的困難，如果受助人表示為”是”，則將其轉介給地區服務提供者。	
<b>營養風險篩查</b>	
營養風險總評分： 低 中 高	
向客戶解釋了風險評分，並提供了宣傳冊	
如果是高風險，建議與醫療服務提供者一起完成跟進工作。	
<b>我證明該長者符合《美國長者法案》 (Older Americans Act) 所規定的“即取即食 (Grab and Go) “資格標準。</b>	
簽名：	電話：
工作人員姓名：	電子郵件：
組織：	日期：
<b>資訊披露授權書</b> 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：