

聖馬刁縣老齡化與成人服務  
第三款註冊服務  
《美國老人法》計畫

提供者名稱：	專屬參與者 ID：
<input type="checkbox"/> 成人日間護理/健康 (A,I) <input type="checkbox"/> 集體營養 (N) <input type="checkbox"/> 膳食配送到家 (A,I,N) <input type="checkbox"/> 補充品膳食配送到家 (A,I,N)	註冊/評估日期：  終止日期： 事由：
注意事項：A-ADL、I-IADL、N-營養評估請參閱第 2 頁 - 需每年重新評估	

個人資料(請以正楷填寫)

名字：		中間名：	
姓氏：			
出生日期：			
住家電話號碼：	(      )		
性別： (只勾選一項)	<input type="checkbox"/> a. 男性 <input type="checkbox"/> b. 女性 <input type="checkbox"/> c. 女性至男性跨性別者 <input type="checkbox"/> d. 男性至女性跨性別者 <input type="checkbox"/> e. 性別酷兒/非二元性別 <input type="checkbox"/> f. 未列出，請註明：_____		
您的出生性別： (只勾選一項)	<input type="checkbox"/> a. 男性 <input type="checkbox"/> b. 女性 <input type="checkbox"/> c. 拒絕回答/未註明		
您如何形容自己的性傾向或性認同？ (只勾選一項)	<input type="checkbox"/> a. 異性戀者 <input type="checkbox"/> b. 雙性戀者 <input type="checkbox"/> c. 男同性戀者/女同性戀者/同性別愛好者 <input type="checkbox"/> d. 疑性戀者/不確定 <input type="checkbox"/> e. 未列出，請註明：_____		
地址：			
縣/市：			
郵遞區號：			
緊急聯絡人：	姓名： 關係： 電話號碼：(      )		
醫生：	姓名： 電話號碼：(      )		

<b>聯邦貧困線(FPL)：</b> 每個月\$ 1,304或以下(1 人) 每個月\$ 1,762 或以下(2 人)	<input type="checkbox"/> 高於 FPL <input type="checkbox"/> 等於或低於 FPL <input type="checkbox"/> 拒絕回答
獨居：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
鄉村：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
<b>聖馬刁縣鄉村地區</b>	
<b>94018</b> El Granada & Princeton-by-the-Sea <b>94019</b> Half Moon Bay <b>94020</b> La Honda <b>94021</b> Loma Mar	<b>94037</b> Montara <b>94038</b> Moss Beach <b>94060</b> Pescadero <b>94074</b> San Gregorio
族裔：	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
<b>人種：(勾選所有適合選項)</b> <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 白人 亞洲人： <input type="checkbox"/> 亞洲印度人 <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 寮國人 <input type="checkbox"/> 其他亞洲人 <input type="checkbox"/> 越南人 夏威夷原住民/其他太平洋島民：關島人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 <input type="checkbox"/> 湯加人 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
備註：	

聖馬刁縣老齡化與成人服務  
第三款註冊服務  
《美國老人法》計畫

**日常起居活動 (ADL) 及日常起居工具性活動 (IADL)**

成人日間/健康護理、膳食配送到家及追加膳食配送到家需求

- 1 - 獨立
- 2 - 口頭協助
- 3 - 部分的人力協助
- 4 - 許多的人力協助
- 5 - 依賴
- 6 - 拒絕回答

ADL :	
沐浴	
更衣	
用餐	
如廁	
移入/出臥床/輪椅	
步行	
備註：	

IADL :	
繁重家務	
輕鬆家務	
備餐	
藥物管理	
財務管理	
購物	
交通	
使用電話	
備註：	

**營養風險管理**

集體營養及膳食配送到府/追加膳食配送到府需求

營養風險管理	若是，請圈選
• 我的進食種類及/或進食量因為疾病或病況而有所改變。	2
• 我每天吃不到 2 餐。	3
• 我吃很少的蔬果或乳製品。	2
• 我幾乎每天喝 3 份或 3 份以上的啤酒、烈酒或紅酒。	2
• 我有牙齒或口腔問題，導致我難以進食。	2
• 我並不是總是有足夠的錢去買我需要的食物。	4
• 我大多自己一個人用餐。	1
• 我每天吃 3 種或以上的處方藥或成藥。	1
• 我過去 6 個月以來，已經非自願性的減輕或增加 10 磅體重？	2
• 我的身體狀況導致我並不總是能夠自行購物、煮菜及/或進食。	2
拒絕回答	0
<b>總分：(若等於或大於 6，表示客戶的營養風險很高)</b>	
備註：	