

SAN MATEO 縣成人服務

美國長者行動計劃

客戶初診表格 (非 FCSP)

請用印刷體清晰填寫
所有計劃均需填寫客戶資訊

註冊日期:
Unique Participant ID:

名	中間名縮寫	姓
街道地址	城市	州
		郵遞區號
		電話號碼

出生日期: 月/日/年

種族特點 (核取一項)	種族 (核取一項)		
非西班牙裔/拉丁裔	美國 印第安人/阿拉斯加土著	關島人	其他太平洋島嶼
西班牙裔/拉丁裔	印度人	夏威夷人	其他種族
拒答	黑人或非裔美國人	日本人	多個種族
	柬埔寨人	韓國人	薩摩亞人
	華人	老撾人	越南人
	菲律賓人	其他亞洲種族	白人
	拒答		

收入低於? (核取一項)	是	沒有	拒答	農村 (選擇一項)	
每月少於 \$1,063 美元 1 個人					農村
每月少於 \$1,437 美元 2 個人					城市
獨自生活 (核取一項)	是	沒有	拒答		拒答

您的性別認同是什麼?
(勾選最能描述您目前性別身份的方框)

<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 非二元(非男性亦非女性)
<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 其他性別認同
<input type="checkbox"/> 變性: 男性變女性	<input type="checkbox"/> 拒絕說明
<input type="checkbox"/> 變性: 女性變男性	

您的正本出生證書上所列的性別是? 女性 男性

您如何形容您的性取向?
選擇一個答案。

<input type="checkbox"/> 異性戀	<input type="checkbox"/> 其他性取向
<input type="checkbox"/> 男同性戀或女同性戀	<input type="checkbox"/> 未知
<input type="checkbox"/> 雙性戀	<input type="checkbox"/> 拒絕說明
<input type="checkbox"/> 酷兒	

緊急聯絡資訊	
姓名：	關係：
地址：	州/郵遞區號
電話 1：	電話 2：
醫生：	電話：

營養風險評估 必須完成下列程式： 聚餐/送餐/營養諮詢個案管理	
請核取所有符合條件的選項：	是
生病或出現健康問題會改變我飲食的種類和/或數量	(2 分)
我每天進食少於 2 餐	(3 分)
以下食物中，我每日食用少於 2 種的是：水果、蔬菜、乳製品	(2 分)
我幾乎每日飲用三次或以上的啤酒、烈性酒和葡萄酒	(2 分)
我有造成進食困難的牙齒或口腔問題	(2 分)
我沒有足夠的錢購買所需食品	(4 分)
大部分時間獨自一人吃飯	(1 分)
每日服用三種或更多的處方藥	(1 分)
在過去六個月，我的體重減少/增加了 10 磅，這不符合我的意願	(2 分)
我的身體狀況並非總是能購物、烹飪和/或養活自己	(2 分)
拒絕回答	
總	

在以下程式中必須填寫 ADL/IADL 評定表： 送餐、成人日常護理/健康及個案管理 記錄客戶需要援助的所有活動的相應代碼			
代碼：1. 獨立自主；2. 需要言語援助；3. 需要一些人工幫助；4. 需要許多人工幫助；5. 依賴他人；6. 拒答			
日常生活活動選擇		工具性日常生活活動選擇	
用餐		較輕的家務	
穿衣		洗衣	
床/椅間的轉移		購物	
沐浴		膳食準備	
如廁		交通	
行走		使用電話	
裝束		較輕的家務	
		藥物管理	
		理財	
		較重的家務	