



ハワイ州教育局学校給食科  
特別食事ニーズ医療票

この用紙は以下を満たす必要があります：

- 生徒の保護者／後見人および認定医療機関によって完全に記入されている。
- 学校給食支部に提出し、審査し、承認を受けた後、食事の変更を行う。

配布：

- 原本は、学校ファイルに保管するものとします。
- 学校は、J-1 原本の写しを学校給食科に送付するものとします。

新規  改訂

第1部（保護者／後見人による記入）			
1.生徒の姓：	2.生徒の名：	3.生年月日：	4.学年：
<i>注記：生徒が幼稚園前（Pre-K）の場合、ハワイ州教育局に登録する必要があります。「Head Start」のみの生徒は、特別食事支給対象とはなりません。</i>			
5.学校名：		6.学校の電話番号：	
7.保護者／後見人の氏名：		8.保護者／後見人の電話番号：	
9.要求された食事／スナック（該当するものをすべてチェック）： <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> アフタースクールスナック （注記：「アフタースクールスナック」は、学校が USDA 後援プログラムに参加している場合にのみ利用可能です）			
第2部（認定医療機関による記入）			
10. 児童の食事を制限する身体的または精神的障害を説明してください：			
11. 適切な実施を確保するために何をすべきかを説明してください： （注記：該当する場合、以下のセクションを使用して、この情報を提供することができます）			
<b>食事の必要な仕様は以下および次のページに記載されています。完全に記入してください。</b>			
12. 就学時間中に栄養または栄養補助食品を必要としますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13. 「はい」の場合、必要なサプリメントを記入してください。			
14. 州／連邦のプログラム（例：WIC、Medicaid）から必要なサプリメントを受け取っていますか？			<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15. 1食当たりの炭水化物量を指定してください（1つ選択してください）：			<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 45g
			<input type="checkbox"/> 60g <input type="checkbox"/> 75g <input type="checkbox"/> その他：_____
16. 食感に変更された食品： <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 切られたもの（1/2 インチ（12.7mm）） <input type="checkbox"/> 細かく切られたもの（1/4 インチ（6.4mm）） <input type="checkbox"/> みじん切り（1/8 インチ（3.2mm）） <input type="checkbox"/> ピュレ状、その他：_____			
17. 液体の粘稠度の変更： <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/> ハチミツ様に濃い <input type="checkbox"/> プリン状に濃い			



ハワイ州教育局学校給食科  
特別食事ニーズ医療票

18.生徒の氏名（姓、名）：	
19.除外すべき食品（該当するものをすべてチェック）：	20.推奨される代替食品（具体的に）：
<input type="checkbox"/> 飲用の牛乳（乳製品） <input type="checkbox"/> 乳製品を含む食品・製品（食品・製品として焼いたものを除く） <input type="checkbox"/> 乳成分を含むすべての食品・製品	<input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> 水 （生徒が液体の乳を摂取できない場合）そ  <input type="checkbox"/> の他：
<input type="checkbox"/> 卵（スクランブルエッグ、生の卵） <input type="checkbox"/> 卵の成分を含む食品・製品（食品・製品として焼いたものを除く） <input type="checkbox"/> 卵成分を含むすべての食品・製品	
<input type="checkbox"/> 小麦成分を含むすべての食品・製品 グルテン成分を <input type="checkbox"/> 含むすべての食品・製品	
<input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 豆類全般 <input type="checkbox"/> 木の実、種類を指定してください： _____	
<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 大豆成分を含むすべての食品・製品 <input type="checkbox"/> 大豆油を含む、大豆成分を含むすべての食品・製品	
<input type="checkbox"/> 貝、種類を指定してください： _____ <input type="checkbox"/> 魚、種類を指定してください： _____ <input type="checkbox"/> 魚介類全般	
<input type="checkbox"/> その他：	
21.許可期間：この許可に従い、以下に指定された日付 <u>または</u> イベントが発生するまで有効になります。	
22.私は添付J-学校栄養において特別な食事が必要な生徒への対応プログラムのセクションI、II、IIIを確認し、この食事命令がこの添付文書に引用されている基準を満たしていることをここに証明します。	
認定医療機関の署名（資格情報を含む）：	日付：
活字体および住所：	電話番号： ファックス番号：
<u>SFSB 事務局専用</u>	
フォーム記入完了 学校への連絡日： _____	フォーム記入完了、食事の対応措置なし <input type="checkbox"/> 504 チームが生徒が不適格であると判断しました。
フォーム未完了 学校への連絡日： _____	

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU, HI 96816 | 電話番号：(808) 784-5500 | ファックス：(808) 735-6262



ハワイ州教育局学校給食科  
特別食事ニーズ医療票

この用紙は以下を満たす必要があります：

- 生徒の保護者／後見人および認定医療機関によって完全に記入されている。
- 学校給食支部に提出し、審査し、承認を受けた後、食事の変更を行う。

配布：

- 原本は、学校ファイルに保管するものとします。
- 学校は、J-1 原本の写しを学校給食科に送付するものとします。

新規  改訂

<b>第1部（保護者／後見人による記入）</b>			
1.生徒の姓：Aloha	2.生徒の名：Napualani	3.生年月日：01/01/10	4.学年：2年
<i>注記：生徒が幼稚園前（Pre-K）の場合、ハワイ州教育局に登録する必要があります。「Head Start」のみの生徒は、特別食事支給対象とはなりません。</i>			
5.学校名：Ohana Elementary		6.学校の電話番号：305-0000	
7.保護者／後見人の氏名：Joe Aloha		8.保護者／後見人の電話番号：512-111-1222	
9.要求された食事／スナック（該当するものをすべてチェック）：			
<input type="checkbox"/> 朝食 <input checked="" type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> アフタースクールスナック <i>（注記：「アフタースクールスナック」は、学校がUSDA後援プログラムに参加している場合にのみ利用可能です）</i>			
<b>第2部（認定医療機関による記入）</b>			
10. 児童の食事を制限する身体的または精神的障害を説明してください：セリアック病および嚢胞性線維症			
11. 適切な実施を確保するために何をすべきかを説明してください： <i>（注記：該当する場合、以下のセクションを使用して、この情報を提供することができます）</i>			
以下を参照。			
<b>食事の必要な仕様は以下および次のページに記載されています。完全に記入してください。</b>			
12.就学時間中に栄養または栄養補助食品を必要としますか？		<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13.「はい」の場合、必要なサプリメントを記入してください。PediaSure（バニラ味）			
14.州／連邦のプログラム（例：WIC、Medicaid）から必要なサプリメントを受け取っていますか？		<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
15.1 食当たりの炭水化物量を指定してください（1つ選択してください）： <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 45g <input type="checkbox"/> 60g <input type="checkbox"/> 75g <input type="checkbox"/> その他：_____			
16.食感に変更された食品： <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 切られたもの（1/2インチ（12.7mm）） <input type="checkbox"/> 細かく切られたもの（1/4インチ（6.4mm）） <input type="checkbox"/> みじん切り（1/8インチ（3.2mm）） <input type="checkbox"/> ピュレ <input type="checkbox"/> 状、その他：_____			
17.液体の粘稠度の変更： <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/> ハチミツ様に濃い <input type="checkbox"/> プリン状に濃い			

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU, HI 96816 | 電話番号：(808) 733-8400 | ファックス：(808) 735-6262



ハワイ州教育局学校給食科  
特別食事ニーズ医療票

18.生徒の氏名（姓、名）：Aloha, Napualani	
19.除外すべき食品（該当するものをすべてチェック）：	20.推奨される代替食品（具体的に）：
<input type="checkbox"/> 飲用の牛乳（乳製品） <input type="checkbox"/> 乳製品を含む食品・製品（食品・製品として焼いたものを除く） <input type="checkbox"/> 乳成分を含むすべての食品・製品	<input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> 水 （生徒が液体の乳を摂取できない場合）  <input checked="" type="checkbox"/> その他：学校給食で支給される牛乳の代わりに PediaSure を提供
<input type="checkbox"/> 卵（スクランブルエッグ、生の卵） <input type="checkbox"/> 卵の成分を含む食品・製品（食品・製品として焼いたものを除く） <input type="checkbox"/> 卵成分を含むすべての食品・製品	
<input type="checkbox"/> 小麦成分を含むすべての食品・製品 グルテン成分を <input checked="" type="checkbox"/> 含むすべての食品・製品	
<input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 豆類全般 <input type="checkbox"/> 木の実、種類を指定してください： _____	
<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 大豆成分を含むすべての食品・製品 <input type="checkbox"/> 大豆油を含む、大豆成分を含むすべての食品・製品	
<input type="checkbox"/> 貝、種類を指定してください： _____ <input type="checkbox"/> 魚、種類を指定してください： _____ <input type="checkbox"/> 魚介類全般	
<input type="checkbox"/> その他：	
<b>21.許可期間</b> この許可に従い、以下に指定された日付 <b>または</b> イベントが発生するまで有効になります。 無期限	
<b>22.私は添付J-学校栄養において特別な食事が必要な生徒への対応プログラムのセクションI、II、IIIを確認し、この食事命令がこの添付文書に引用されている基準を満たしていることをここに証明します。</b>	
認定医療機関の署名（資格情報を含む）： <i>Jane Smith, APRN</i> 活字体および住所： Jane Smith 987 Kahuna Street Heiau, HI 99999	日付：06/02/2018 電話番号：808-988-7776 ファックス番号：808-988-7777
SFSB 事務局専用	
用紙記入完了 学校への連絡日： _____	用紙記入完了食事の対応措置なし <input type="checkbox"/> 504 チームが生徒が不適格であると判断しました
フォーム未完了 学校への連絡日： _____	