



HAWAII州教育部学校食品服务处
特殊膳食需求医疗表

本表格必须：

- 由学生家长/监护人以及公认医疗机构完整填写。
- 进行餐饮调整之前，本表格必须提交给“学校食品服务处”，并经后者审核和批准。

分发：

- 原件应保存在学校档案中。
- 学校将J-1原件副本寄发至“学校食品服务处”。

新版表格 修订版表格

第I部分（家长/监护人填写）			
1.学生姓氏：	2.学生名字：	3.出生日期：	4.年级：
备注：如果学生就读Pre-K，其必须在“Hawaii州教育部”进行注册。仅参与“Head Start（早期教育）”的学生不能享受特殊便利餐饮。			
5.学校名称：		6.学校电话号码：	
7.家长/监护人姓名：		8.家长/监护人电话号码：	
9.申请的餐饮/零食（请勾选所有适用项）： <input type="checkbox"/> 早餐 <input type="checkbox"/> 午餐 <input type="checkbox"/> 课后零食 （备注：只有参入美国农业部（USDA）赞助计划的在学校才提供课后零食。）			
第II部份（公认医疗机构填写）			
10. 请对限制儿童膳食的身体或心理障碍进行描述：			
11. 请解释必须采取何种措施才能确保实施这些限制： （备注：如果存在相关性，您可以使用以下部分协助提供此信息。）			
膳食需求规格如下页所示。请完整回答。			
12.该儿童在校期间是否需要某种营养或膳食补充剂？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
13.如果是，需要何种补充剂？			
14.该儿童是否从州/联邦计划中（例如WIC/Medicaid）获得所需补充剂？		<input type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
15.每餐指定的碳水化合物数量(请勾选一项)： <input type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 45克 <input type="checkbox"/> 60克 <input type="checkbox"/> 75克 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
16.调整食品质地： <input type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 切碎（1/2"） <input type="checkbox"/> 细细切碎（1/4"） <input type="checkbox"/> 搅碎（1/8"） <input type="checkbox"/> 糊状 <input type="checkbox"/> 其它：_____			
17.调整液体浓度： <input type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 蜜桃-浓 <input type="checkbox"/> 蜂蜜-浓 <input type="checkbox"/> 布丁-浓			

1106 Koko Head Avenue | Honolulu, HI 9.6816万 |电话：（808）784-5500|传真：（808）735-6262



HAWAII州教育部学校食品服务处
特殊膳食需求医疗表

18. 学生姓名(姓氏, 名字):	
19. 去除的食品 (请勾选所有适合项):	20. 推荐的食品替代品 (请具体说明):
<input type="checkbox"/> 饮用的液体牛奶 (乳制品) <input type="checkbox"/> 所有含有牛奶成分的食品/产品, 不包括烘焙到食品/产品中的牛奶成分 <input type="checkbox"/> 所有含有牛奶成分的食品/产品	<input type="checkbox"/> 豆奶 <input type="checkbox"/> 水 (如果学生不能饮用液体牛奶) <input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 鸡蛋 (例如炒鸡蛋、生鸡蛋) <input type="checkbox"/> 所有含有鸡蛋成分的食品/产品, 不包括烘焙到食品/产品中的鸡蛋成分 <input type="checkbox"/> 所有含有鸡蛋成分的食品/产品	
<input type="checkbox"/> 所有含有小麦成分的所有食品/产品 所有含有麸质成分的食品/产品	
<input type="checkbox"/> 花生 <input type="checkbox"/> 所有坚果 <input type="checkbox"/> 木本坚果, 请说明类型: _____	
<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 所有含有大豆成分的食品/产品 <input type="checkbox"/> 所有含有大豆成分的食品/产品, 包括大豆油	
<input type="checkbox"/> 贝类, 请说明类型: _____ <input type="checkbox"/> 鱼类, 请说明类型: _____ <input type="checkbox"/> 所有海鲜	
<input type="checkbox"/> 其他:	
21. 授权持续时间: 此授权将一直有效, 直至以下指定日期或事件:	
22. 我已审阅过附件J - 《将有特殊营养需求的学生纳入学校营养计划》中的第I、II、III部分, 并证明膳食医嘱符合本附件引用的标准。	
公认医疗机构签字 (包括资质):	日期:
正楷体姓名和地址:	电话号码: 传真号码:
<u>SFSB办公室专用</u>	
表格已填写完成 学校联系方式: _____	表格已填写完成 不提供便利措施。 <input type="checkbox"/> 504团队发现该学生不符合条件。
表格未完成 学校联系方式: _____	

1106 Koko Head Avenue | Honolulu, HI 96816 | 电话: (808) 784-5500 | 传真: (808) 735-6262



HAWAII州教育部学校食品服务处
特殊膳食需求医疗表

本表格必须：

- 由学生家长/监护人以及公认医疗机构完整填写。
- 进行餐饮调整之前，本表格必须提交给“学校食品服务处”，并经后者审核和批准。

分发：

- 原件应保存在学校档案中。
- 学校将J-1原件副本寄发至“学校食品服务处”。

新申请 修订申请

第I部分（家长/监护人填写）			
1.学生姓氏：Aloha	2.学生名字：Napualani	3.出生日期：2010年1月1日	4.年级：2年级
备注：如果学生就读Pre-K，其必须在“Hawaii州教育部”进行注册。仅参与“Head Start（早期教育）”的学生不能享受特殊便利餐饮。			
5.学校名称：Ohana小学		6.学校电话号码：305-0000	
7.家长/监护人姓名：Joe Aloha		8.家长/监护人电话号码：512-111-1222	
9.申请的餐饮/零食（请勾选所有适用项）： <input type="checkbox"/> 早餐 <input checked="" type="checkbox"/> 午餐 <input type="checkbox"/> 课后零食 （备注：只有参与美国农业部（USDA）赞助计划的在学校才提供课后零食。）			
第II部份（公认医疗机构填写）			
10. 请对限制儿童膳食的身体或心理障碍进行确认：乳糜泻和囊性纤维化			
11. 请解释必须采取何种措施才能确保实施这些限制： （备注：如果存在相关性，您可以使用以下部分协助提供此信息。） 请参阅下文。			
膳食需求规格如下页所示。请完整回答。			
12.该儿童在校期间是否需要某种营养或膳食补充剂？		<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
13.如果是，需要何种补充剂？PediaSure（香草味）			
14.该儿童是否从州/联邦计划中（例如WIC/Medicaid）获得所需补充剂？		<input type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	
15.每餐指定碳水化合物剂量(请勾选一项)： <input checked="" type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 45克 <input type="checkbox"/> 60克 <input type="checkbox"/> 75克 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
16.调整食品质地： <input checked="" type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 切碎（1/2"） <input type="checkbox"/> 细细切碎（1/4"） <input type="checkbox"/> 搅碎（1/8"） <input type="checkbox"/> 糊状 <input type="checkbox"/> 其它：_____			
17.调整液体浓度： <input checked="" type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 蜜桃-浓 <input type="checkbox"/> 蜂蜜-浓 <input type="checkbox"/> 布丁-浓			

1106 Koko Head Avenue | Honolulu, HI 96816 | 电话：（808）733-8400|传真：（808）735-6262



HAWAII州教育部学校食品服务处
特殊膳食需求医疗表

18. 学生姓名(姓氏, 名字): Aloha, Napualani	
19. 去除的食品 (请勾选所有适合项):	20. 推荐的食品替代品 (请具体说明):
<input type="checkbox"/> 饮用的液体牛奶 (乳制品) <input type="checkbox"/> 所有含有牛奶成分的食品/产品, 不包括烘焙到食品/产品中的牛奶成分 <input type="checkbox"/> 所有含有牛奶成分的食品/产品 <input type="checkbox"/> 鸡蛋 (例如炒鸡蛋、生鸡蛋) <input type="checkbox"/> 所有含有鸡蛋成分的食品/产品, 不包括烘焙到食品/产品中的鸡蛋成分 <input type="checkbox"/> 所有含有鸡蛋成分的食品/产品 <input type="checkbox"/> 所有含有小麦成分的所有食品/产品 所有含有麸质 <input checked="" type="checkbox"/> 成分的食品/产品 <input type="checkbox"/> 花生 <input type="checkbox"/> 所有坚果 <input type="checkbox"/> 木本坚果, 请说明类型: _____ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 所有含有大豆成分的食品/产品 <input type="checkbox"/> 所有含有大豆成分的食品/产品, 包括大豆油 <input type="checkbox"/> 贝类, 请说明类型: _____ <input type="checkbox"/> 鱼类, 请说明类型: _____ <input type="checkbox"/> 所有海鲜 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 豆奶 <input type="checkbox"/> 水 (如果学生不能饮用液体牛奶) <input checked="" type="checkbox"/> 其他: 在学校午餐时, 用PediaSure代替牛奶。
21. 授权持续时间 此授权将一直有效, 直至以下指定日期或者事件: 无限期	
22. 我已审阅过附件J - 《将有特殊营养需求的学生纳入学校营养计划》中的第I、II、III部分, 并证明膳食医嘱符合本附件引用的标准。	
公认医疗机构签字 (包括资质): Jane Smith, APRN 正楷体姓名和地址: Jane Smith 987 Kahuna Street Heiau, HI 99999	日期: 2018年6月2日, 星期三 电话号码: 808-988-7776 传真号码: 808-988-7777
SFSB办公室专用	
表单已填写完成 学校联系方式: _____ 表格未完成 学校联系方式: _____	表单已填写完成。不提供便利措施。 <input type="checkbox"/> 504团队发现该学生不符合条件。

1106 Koko Head Avenue | Honolulu, HI 96816 | 电话: (808) 733-8400 | 传真: (808) 735-6262