



HAWAII州教育部學校食品服務處
特殊膳食需求醫療表

本表格必須：

- 由學生家長/監護人以及公認醫療機構完整填寫。
- 進行餐飲調整之前，本表格必須提交給「學校食品服務處」，並經後者審核和批准。

分發：

- 原件應保存在學校檔案中。
- 學校將J-1原件副本寄發至「學校食品服務處」。

新版表格 修訂版表格

第I部分 (家長/監護人填寫)			
1. 學生姓氏：	2. 學生名字：	3. 出生日期：	4. 年級：
備註：如果學生就讀Pre-K，其必須在「Hawaii州教育部」進行註冊。僅參與「Head Start (早期教育)」的學生不能享受特殊便利餐飲。			
5. 學校名稱：		6. 學校電話號碼：	
7. 家長/監護人姓名：		8. 家長/監護人電話號碼：	
9. 申請的餐飲/零食 (請勾選所有適用項)：			
<input type="checkbox"/> 早餐 <input type="checkbox"/> 午餐 <input type="checkbox"/> 課後零食 (備註：只有參入美國農業部 (USDA) 贊助計劃的在學校才提供課後零食。)			
第II部份 (公認醫療機構填寫)			
10. 請對限制兒童膳食的身體或心理障礙進行描述：			
11. 請解釋必須採取何種措施才能確保實施這些限制：			
(備註：如果存在相關性，您可以使用以下部分協助提供此信息。)			
膳食需求規格如下頁所示。請完整回答。			
12. 該兒童在校期間是否需要某種營養或膳食補充劑？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13. 如果是，需要何種補充劑？			
14. 該兒童是否從州/聯邦計劃中 (例如WIC/Medicaid) 獲得所需補充劑？			<input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15. 每餐指定的碳水化合物數量(請勾選壹項)： <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 45克 <input type="checkbox"/> 60克 <input type="checkbox"/> 75克 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
16. 調整食品質地： <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 切碎 (1/2") <input type="checkbox"/> 細細切碎 (1/4") <input type="checkbox"/> 攪碎 (1/8") <input type="checkbox"/> 糊狀 <input type="checkbox"/> 其它：_____			
17. 調整液體濃度： <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 蜜桃-濃 <input type="checkbox"/> 蜂蜜-濃 <input type="checkbox"/> 布丁-濃			



HAWAII州教育部學校食品服務處
特殊膳食需求醫療表

18. 學生姓名 (姓氏 · 名字) :	
19. 去除的食品 (請勾選所有適合項) :	20. 推薦的食品替代品 (請具體說明) :
<input type="checkbox"/> 飲用的液體牛奶 (乳製品) <input type="checkbox"/> 所有含有牛奶成分的食品/產品 · 不包括烘焙到食品/產品中的牛奶成分 <input type="checkbox"/> 所有含有牛奶成分的食品/產品	<input type="checkbox"/> 豆奶 <input type="checkbox"/> 水 (如果學生不能飲用液體牛奶) <input type="checkbox"/> 其他 :
<input type="checkbox"/> 雞蛋 (例如炒雞蛋 · 生雞蛋) <input type="checkbox"/> 所有含有雞蛋成分的食品/產品 · 不包括烘焙到食品/產品中的雞蛋成分 <input type="checkbox"/> 所有含有雞蛋成分的食品/產品	
<input type="checkbox"/> 所有含有小麥成分的所有食品/產品 所有含有麩質 <input type="checkbox"/> 成分的食品/產品	
<input type="checkbox"/> 花生 <input type="checkbox"/> 所有堅果 <input type="checkbox"/> 木本堅果 · 請說明類型 : _____	
<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 所有含有大豆成分的食品/產品 <input type="checkbox"/> 所有含有大豆成分的食品/產品 · 包括大豆油	
<input type="checkbox"/> 貝類 · 請說明類型 : _____ <input type="checkbox"/> 魚類 · 請說明類型 : _____ <input type="checkbox"/> 所有海鮮	
<input type="checkbox"/> 其他 :	
21. 授權持續時間 : 此授權將壹直有效 · 直至以下指定日期 <u>或</u> 事件 :	
22. 我已審閱過附件J-《將有特殊營養需求的學生納入學校營養計劃》中的第I、II、III部分 · 並證明膳食醫囑符合本附件引用的標準 ·	
公認醫療機構簽字 (包括資質) : _____ 日期 : _____	
正楷體姓名和地址 :	電話號碼 : _____ 傳真號碼 : _____
SFSB辦公室專用	
表格已填寫完成 學校聯系方式 : _____	表格已填寫完成 不提供便利措施。 <input type="checkbox"/> 504團隊發現該學生不符合條件。
表格未完成 學校聯系方式 : _____	

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU · HI 96816 | 電話 : (808) 784-5500 | 傳真 : (808) 735-6262



HAWAII州教育部學校食品服務處
特殊膳食需求醫療表

本表格必須：

- 由學生家長/監護人以及公認醫療機構完整填寫。
- 進行餐飲調整之前，本表格必須提交給「學校食品服務處」，並經後者審核和批准。

分發：

- 原件應保存在學校檔案中。
- 學校將J-1原件副本寄發至「學校食品服務處」。

新版 修訂版

第I部分 (家長/監護人填寫)			
1. 學生姓氏: Aloha	2. 學生名字: Napualani	3. 出生日期: 2010 年01月01日	4. 年級: 2年級
備註: 如果學生就讀Pre-K, 其必須在「Hawaii州教育部」進行註冊。僅參與「Head Start (早期教育)」的學生不能享受特殊便利餐飲。			
5. 學校名稱: Ohana小學		6. 學校電話號碼: 305-0000	
7. 家長/監護人姓名: Joe Aloha		8. 家長/監護人電話號碼: 512-111-1222	
9. 申請的餐飲/零食 (請勾選所有適用項):			
<input type="checkbox"/> 早餐 <input checked="" type="checkbox"/> 午餐 <input type="checkbox"/> 課後零食 (備註: 只有參入美國農業部 (USDA) 贊助計劃的在學校才提供課後零食。)			
第II部份 (公認醫療機構填寫)			
10. 請對限制兒童膳食的身體或心理障礙進行確認: 乳糜瀉和囊性纖維化			
11. 請解釋必須採取何種措施才能確保實施這些限制: (備註: 如果存在相關性, 您可以使用以下部分協助提供此信息。)			
請參閱下文。			
膳食需求規格如下頁所示。請完整回答。			
12. 該兒童在校期間是否需要某種營養或膳食補充劑?			<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13. 如果是, 需要何種補充劑? PediaSure (香草味)			
14. 該兒童是否從州/聯邦計劃中 (例如WIC/Medicaid) 獲得所需補充劑?			<input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
15. 每餐指定的碳水化合物數量(請勾選壹項): <input checked="" type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 45克 <input type="checkbox"/> 60克 <input type="checkbox"/> 75克 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
16. 調整食品質地: <input checked="" type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 切碎 (1/2") <input type="checkbox"/> 細細切碎 (1/4") <input type="checkbox"/> 攪碎 (1/8") <input type="checkbox"/> 糊狀 <input type="checkbox"/> 其它: _____			
17. 調整液體濃度: <input checked="" type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 蜜桃-濃 <input type="checkbox"/> 蜂蜜-濃 <input type="checkbox"/> 布丁-濃			



HAWAII州教育部學校食品服務處
特殊膳食需求醫療表

18. 學生姓名 (姓氏 · 名字) : Aloha · Napualani	
19. 去除的食品 (請勾選所有適合項) :	20. 推薦的食品替代品 (請具體說明) :
<input type="checkbox"/> 飲用的液體牛奶 (乳製品) <input type="checkbox"/> 所有含有牛奶成分的食品/產品 · 不包括烘焙到食品/產品中的牛奶成分 <input type="checkbox"/> 所有含有牛奶成分的食品/產品 <input type="checkbox"/> 雞蛋 (例如炒雞蛋、生雞蛋) <input type="checkbox"/> 所有含有雞蛋成分的食品/產品 · 不包括烘焙到食品/產品中的雞蛋成分 <input type="checkbox"/> 所有含有雞蛋成分的食品/產品 <input type="checkbox"/> 所有含有小麥成分的所有食品/產品 所有含有麩質 <input checked="" type="checkbox"/> 成分的食品/產品 <input type="checkbox"/> 花生 所有堅果 <input type="checkbox"/> 木本堅果 <input type="checkbox"/> 請說明類型 : _____ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 所有含有大豆成分的食品/產品 <input type="checkbox"/> 所有含有大豆成分的食品/產品 · 包括大豆油 <input type="checkbox"/> 貝類 · 請說明類型 : _____ <input type="checkbox"/> 魚類 · 請說明類型 : _____ <input type="checkbox"/> 所有海鮮 <input type="checkbox"/> 其他 : _____	<input type="checkbox"/> 豆奶 <input type="checkbox"/> 水 (如果學生不能飲用液體牛奶) <input checked="" type="checkbox"/> 其他 : 在校午餐時提供PediaSure替代液體牛奶。
21. 授權持續時間 此授權將壹直有效 · 直至以下指定日期或事件 : 無限期	
22. 我已審閱過附件J-《將有特殊營養需求的學生納入學校營養計劃》中的第I、II、III部分 · 並證明膳食醫囑符合本附件引用的標準。	
公認醫療機構簽字 (包括資質) : Jane Smith, APRN 正楷體姓名和地址 : Jane Smith 987 Kahuna Street Heiau · HI 99999	日期 : 2018年06月02日 電話號碼 : 808-988-7776 傳真號碼 : 808-988-7777
SFSB辦公室專用	
表格已填寫完成 學校聯系方式 : _____	表格已填寫完成不能提供便利餐飲 <input type="checkbox"/> 504團隊發現該學生不符合條件。
表格未完成 學校聯系方式 : _____	