



กระทรวงศึกษาธิการรัฐฮาวาย แผนบริการอาหารโรงเรียน
แบบฟอร์มทางการแพทย์สำหรับความต้องการอาหารพิเศษ

แบบฟอร์มนี้จะต้อง:

- กรอกรายละเอียดครบถ้วนโดยพ่อแม่/ผู้ปกครองของนักเรียนและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับ
- ส่งไป ตรวจสอบ และอนุมัติโดยแผนบริการอาหารโรงเรียนก่อนทำการตัดแปลงอาหาร

การแจกจ่าย:

- ให้เก็บต้นฉบับไว้ในแฟ้มของโรงเรียน
- โรงเรียนส่งสำเนาของต้นฉบับ J-1 ไปให้แผนบริการอาหารโรงเรียน

ใหม่ แก้ไข

ส่วนที่ 1 (กรอกโดยพ่อแม่/ผู้ปกครอง)			
1. นามสกุลของนักเรียน:	2. ชื่อของนักเรียน:	3. วันเกิด:	4. ระดับชั้นเรียน:
<i>หมายเหตุ: หากนักเรียนอยู่ในระดับเตรียมอนุบาล (Pre-K) นักเรียนจะต้องลงทะเบียนของกระทรวงศึกษาธิการของรัฐฮาวาย นักเรียนที่ลงทะเบียนของ Head Start เท่านั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับการจัดหาอาหารพิเศษให้</i>			
5. ชื่อโรงเรียน:		6. หมายเลขโทรศัพท์ของโรงเรียน:	
7. ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง:		8. หมายเลขโทรศัพท์ของพ่อแม่/ผู้ปกครอง:	
9. อาหาร/อาหารว่างที่ร้องขอ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง): <input type="checkbox"/> อาหารเช้า <input type="checkbox"/> อาหารกลางวัน <input type="checkbox"/> อาหารว่างหลังเลิกเรียน (หมายเหตุ: อาหารว่างหลังเลิกเรียนจะมีให้เฉพาะในกรณีที่โรงเรียนเข้าร่วมในโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก USDA)			
ส่วนที่ 2 (กรอกโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ)			
10. อธิบายความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่จำกัดการกินอาหารของเด็ก:			
11. อธิบายสิ่งที่ต้องทำให้มั่นใจได้ว่าจะมีการปฏิบัติที่เหมาะสม: (หมายเหตุ: สามารถใช้ส่วนต่าง ๆ ต่อไปนี้เพื่อช่วยในการให้ข้อมูลนี้ได้ หากเกี่ยวข้อง)			
ข้อกำหนดเกี่ยวกับความต้องการอาหารแสดงอยู่ด้านล่างนี้และในหน้าถัดไป โปรดตอบให้ครบถ้วน			
12. เด็กจำเป็นต้องได้รับอาหารบำรุงหรืออาหารเสริมในช่วงเวลาเรียนใช่หรือไม่			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
13. ถ้าใช่ อาหารเสริมที่จำเป็นคืออะไร			
14. เด็กได้รับอาหารเสริมที่จำเป็นจากโครงการของรัฐ/รัฐบาลกลาง (เช่น WIC/Medicaid) ใช่หรือไม่			<input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
15. ระบุคาร์โบไฮเดรตต่อมื้อ (เลือกหนึ่งข้อ): <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล <input type="checkbox"/> 45 ก. <input type="checkbox"/> 60 ก. <input type="checkbox"/> 75 ก. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ: _____			
16. เนื้อสัมผัสของอาหารที่ตัดแปลง: <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล <input type="checkbox"/> หั่นชิ้น (1/2") <input type="checkbox"/> หั่นชิ้นเล็ก ๆ (1/4") <input type="checkbox"/> สับ (1/8") <input type="checkbox"/> บด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ: _____			
17. ความข้นเหลวที่ตัดแปลง: <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล <input type="checkbox"/> ระดับน้ำหวาน <input type="checkbox"/> ระดับน้ำผึ้ง <input type="checkbox"/> ระดับพุดดิ้ง			

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU, HI 96816 | โทรศัพท์: (808) 784-5500 | โทรสาร: (808) 735-6262



กระทรวงศึกษาธิการรัฐฮาวาย แผนบริการอาหารโรงเรียน
แบบฟอร์มทางการแพทย์สำหรับความต้องการอาหารพิเศษ

18. ชื่อนักเรียน (นามสกุล ชื่อ):	
19. การละเว้นอาหาร (เลือกทุกข้อที่ใช่):	20. อาหารทดแทนที่แนะนำ (ระบุ):
<input type="checkbox"/> นม (ผลิตภัณฑ์จากนม) สำหรับดื่ม <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีนมเป็นส่วนผสม ยกเว้นที่อบอยู่ในอาหาร/ผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีนมเป็นส่วนผสม <input type="checkbox"/> ไข่ (เช่น ไข่คน ไข่ดิบ) <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีไข่เป็นส่วนผสม ยกเว้นที่อบอยู่ในอาหาร/ผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีไข่เป็นส่วนผสม <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีข้าวสาลีเป็นส่วนผสม <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีกลูเตนเป็นส่วนผสม <input type="checkbox"/> ถั่วลิสง ถั่วทุกชนิด <input type="checkbox"/> ถั่วเปลือกแข็ง ระบุชนิด: _____ <input type="checkbox"/> ถั่วเหลือง <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีถั่วเหลืองเป็นส่วนผสม <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีถั่วเหลืองเป็นส่วนผสม รวมทั้งน้ำมันถั่วเหลือง <input type="checkbox"/> หอย ระบุชนิด: _____ <input type="checkbox"/> ปลา ระบุชนิด: _____ <input type="checkbox"/> อาหารทะเลทุกชนิด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ:	<input type="checkbox"/> นมถั่วเหลือง <input type="checkbox"/> น้ำ (หากนักเรียนไม่สามารถบริโภคนมได้) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ:
21. ระยะเวลาการอนุมัติ: การอนุมัตินี้จะได้รับการปฏิบัติตามและมีผลจนถึงวันที่ <u> </u> หรือ เหตุการณ์ที่ระบุไว้ด้านล่างนี้:	
<p>22. ฉันได้ตรวจสอบเอกสารแนบ J – การช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการอาหารพิเศษในโครงการโภชนาการโรงเรียน ส่วนที่ 1, 2, 3 แล้วและขอรับรองว่าการส่งอาหารนี้เป็นไปตามเกณฑ์ที่อ้างถึงในเอกสารแนบนี้</p> <p>ลายเซ็นของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ (รวมทั้งข้อมูลประจำตัว): _____ วันที่: _____</p> <p>ชื่อสกุลตัวบรรจงและที่อยู่: _____ หมายเลขโทรศัพท์: _____ หมายเลขโทรสาร: _____</p>	
<p style="text-align: center;">สำหรับสำนักงาน SFSB เท่านั้น</p> <p>แบบฟอร์มข้อมูลครบถ้วน โรงเรียนติดต่อเมื่อ: _____</p> <p>แบบฟอร์มข้อมูลไม่ครบ โรงเรียนติดต่อเมื่อ: _____</p> <p style="text-align: right;">แบบฟอร์มข้อมูลครบถ้วน จะไม่มีการจัดหาให้ <input type="checkbox"/> ทีม 504 เห็นว่านักเรียนไม่เข้าเกณฑ์</p>	

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU, HI 96816 | โทรศัพท์: (808) 784-5500 | โทรสาร: (808) 735-6262



กระทรวงศึกษาธิการรัฐฮาวาย แผนบริการอาหารโรงเรียน
แบบฟอร์มทางการแพทย์สำหรับความต้องการอาหารพิเศษ

แบบฟอร์มนี้จะต้อง:

- กรอกรายละเอียดครบถ้วนโดยพ่อแม่/ผู้ปกครองของนักเรียนและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับ
- ส่งไป ตรวจสอบ และอนุมัติโดยแผนบริการอาหารโรงเรียนก่อนทำการตัดแปลงอาหาร

การแจกจ่าย:

- ให้เก็บต้นฉบับไว้ในแฟ้มของโรงเรียน
- โรงเรียนส่งสำเนาของต้นฉบับ J-1 ไปให้แผนบริการอาหารโรงเรียน

ใหม่ แก้ไข

ส่วนที่ 1 (กรอกโดยพ่อแม่/ผู้ปกครอง)			
1. นามสกุลของนักเรียน: Aloha	2. ชื่อของนักเรียน: Napualani	3. วันเกิด: 01/01/10	4. ระดับชั้นเรียน: 2 nd
<i>หมายเหตุ: หากนักเรียนอยู่ในระดับเตรียมอนุบาล (Pre-K) นักเรียนจะต้องลงทะเบียนของกระทรวงศึกษาธิการของรัฐฮาวาย นักเรียนที่ลงทะเบียนของ Head Start เท่านั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับการจัดหาอาหารพิเศษให้</i>			
5. ชื่อโรงเรียน: Ohana Elementary		6. หมายเลขโทรศัพท์ของโรงเรียน: 305-0000	
7. ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง: Joe Aloha		8. หมายเลขโทรศัพท์ของพ่อแม่/ผู้ปกครอง: 512-111-1222	
9. อาหาร/อาหารว่างที่ร้องขอ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง): <input type="checkbox"/> อาหารเช้า <input checked="" type="checkbox"/> อาหารกลางวัน <input type="checkbox"/> อาหารว่างหลังเลิกเรียน <i>(หมายเหตุ: อาหารว่างหลังเลิกเรียนจะมีให้เฉพาะในกรณีที่โรงเรียนเข้าร่วมในโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก USDA)</i>			
ส่วนที่ 2 (กรอกโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ)			
10. ระบุความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่จำกัดการกินอาหารของเด็ก: โรคเซลล์แอคและซิสติกไฟโบรซิส			
11. อธิบายสิ่งที่ต้องทำให้มั่นใจได้ว่าจะมีการปฏิบัติที่เหมาะสม: <i>(หมายเหตุ: สามารถใช้ส่วนต่าง ๆ ต่อไปนี้เพื่อช่วยในการให้ข้อมูลนี้ได้ หากเกี่ยวข้อง)</i>			
ดูด้านล่าง			
ข้อกำหนดเกี่ยวกับความต้องการอาหารแสดงอยู่ด้านล่างนี้และในหน้าถัดไป โปรดตอบให้ครบถ้วน			
12. เด็กจำเป็นต้องได้รับอาหารบำรุงหรืออาหารเสริมในช่วงเวลาเรียนใช่หรือไม่		<input checked="" type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
13. ถ้าใช่ อาหารเสริมที่จำเป็นคืออะไร PediaSure (วนิลา)			
14. เด็กได้รับอาหารเสริมที่จำเป็นจากโครงการของรัฐ/รัฐบาลกลาง (เช่น WIC/Medicaid) ใช่หรือไม่		<input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล <input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่	
15. ระบุคาร์โบไฮเดรตต่อมือ (เลือกหนึ่งข้อ): <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล <input type="checkbox"/> 45 ก. <input type="checkbox"/> 60 ก. <input type="checkbox"/> 75 ก. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ: _____			
16. เนื้อสัมผัสของอาหารที่ตัดแปลง: <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล <input type="checkbox"/> หั่นชิ้น (1/2") <input type="checkbox"/> หั่นชิ้นเล็ก ๆ (1/4") <input type="checkbox"/> สับ (1/8") <input type="checkbox"/> บด อื่น ๆ: _____			
17. ความข้นเหลวที่ตัดแปลง: <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล <input type="checkbox"/> ระดับน้ำหวาน <input type="checkbox"/> ระดับน้ำผึ้ง <input type="checkbox"/> ระดับพุดดิ้ง			

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU, HI 96816 | โทรศัพท์: (808) 733-8400 | โทรสาร: (808) 735-6262



กระทรวงศึกษาธิการรัฐฮาวาย แผนบริการอาหารโรงเรียน
แบบฟอร์มทางการแพทย์สำหรับความต้องการอาหารพิเศษ

18. ชื่อนักเรียน (นามสกุล ชื่อ): Aloha, Napualani	
19. การละเว้นอาหาร (เลือกทุกข้อที่ใช่):	20. อาหารทดแทนที่แนะนำ (ระบุ):
<input type="checkbox"/> นม (ผลิตภัณฑ์จากนม) สำหรับดื่ม <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีนมเป็นส่วนผสม ยกเว้นที่อบอยู่ในอาหาร/ผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีนมเป็นส่วนผสม	<input type="checkbox"/> นมถั่วเหลือง <input type="checkbox"/> น้ำ (หากนักเรียนไม่สามารถบริโภคน้ำนมได้) <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ: ให้ PediaSure แทนนมที่ให้ในมือกลางวันของโรงเรียน
<input type="checkbox"/> ไข่ (เช่น ไข่คน ไข่ดิบ) <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีไข่เป็นส่วนผสม ยกเว้นที่อบอยู่ในอาหาร/ผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีไข่เป็นส่วนผสม	
<input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีข้าวสาลีเป็นส่วนผสม <input checked="" type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีกลูเตนเป็นส่วนผสม	
<input type="checkbox"/> ถั่วลิสง ถั่วทุกชนิด <input type="checkbox"/> ถั่วเปลือกแข็ง ระบุชนิด: _____	
<input type="checkbox"/> ถั่วเหลือง <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีถั่วเหลืองเป็นส่วนผสม <input type="checkbox"/> อาหาร/ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีถั่วเหลืองเป็นส่วนผสม รวมทั้งน้ำมันถั่วเหลือง	
<input type="checkbox"/> หอย ระบุชนิด: _____ <input type="checkbox"/> ปลา ระบุชนิด: _____ <input type="checkbox"/> อาหารทะเลทุกชนิด	
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ: _____	
21. ระยะเวลาการอนุมัติ การอนุมัตินี้จะได้รับการปฏิบัติตามและมีผลจนถึงวันที่ <u>หรือ</u> เหตุการณ์ที่ระบุไว้ด้านล่างนี้: ไม่มีกำหนด	
22. <u>ฉันได้ตรวจสอบเอกสารแนบ J – การช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการอาหารพิเศษในโครงการโภชนาการโรงเรียน ส่วนที่ 1, 2, 3 แล้วและขอรับรองว่าการส่งอาหารนี้เป็นไปตามเกณฑ์ที่อ้างถึงในเอกสารแนบนี้</u> ลายเซ็นของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ (รวมทั้งข้อมูลประจำตัว): วันที่: 06/02/2018 Jane Smith, APRN หมายเลขโทรศัพท์: 808-988-7776 ชื่อสกุลตัวบรรจงและที่อยู่: หมายเลขโทรสาร: 808-988-7777 Jane Smith 987 Kahuna Street Heiau, HI 99999	
สำหรับสำนักงาน SFSB เท่านั้น แบบฟอร์มข้อมูลครบถ้วน แบบฟอร์มข้อมูลครบถ้วน จะไม่มีการจัดหาให้ โรงเรียนติดต่อเมื่อ: _____ <input type="checkbox"/> ทีม 504 เห็นว่านักเรียนไม่เข้าเกณฑ์ แบบฟอร์มข้อมูลไม่ครบ โรงเรียนติดต่อเมื่อ: _____	