



我的饮食及用餐偏好

姓名:

完成日期:

我的饮食偏好

例如, 喜欢的食物和饮品类型及偏好的分量。

* 食物的选择需要合理, 并考虑到服务提供者实际所能提供的食物。

我的用餐偏好

我喜欢在何时、何地、如何用餐, 以及与谁一起用餐。

任何我在饮食方面需要的支持

这可能包括:

- 在进食和饮水时需要部分或完全的协助
- 为支持我独立进食, 需要使用经过改装的盘子、碗和餐具
- 根据言语病理学家的建议调整食物。

任何影响我饮食的健康问题

例如, 言语病理学家的建议 (如调整食物质地和增加液体稠度), 或全科医生 (GP) 针对其他健康问题提出的建议。

我遵循的文化和/或宗教传统或习俗



联系方式

例如, 我的营养师、医生/全科医生/专科医生、言语病理学家、职业治疗师或牙医的联系方式。

工作人员须知

填表人的体重和营养不良筛查记录在哪里? *

应该每月记录一次该人的体重。体重方面若有任何变化或存在任何问题, 可能需要转介给营养师。

营养不良筛查需要使用经过验证的工具。

注意: 如果营养不良筛查工具显示存在营养不良或有营养不良风险, 应考虑转介给全科医生和营养师。

*列出记录有该人体重和营养不良筛查信息的详细资料所存放的位置。请勿在此表上记录体重。

若有需要, 接受护理者可以在填写此表格时从工作人员、家人、护理人员或医疗专业人士处获得帮助。请询问对方希望把这份偏好表放在他们房间的什么位置。

如果由您协助填写表格的人在沟通方面存在困难, 请考虑以下方法:

- 使用可视化菜单帮助对方选择所偏好的餐食和饮品
- 注意观察对方的肢体语言、手势和面部表情, 以了解他们的偏好。



电话
1800 951 822



网站
agedcarequality.gov.au



致函
您所属州其首府城市的老年护理质量与安全委员会 (Aged Care Quality and Safety Commission) GPO Box 9819