



# 我的飲食及用餐偏好

姓名：

完成日期：

## 我的飲食偏好

例如，喜歡的食物和飲品類型及偏好的分量。

\* 食物的選擇需要合理，並考慮到服務提供者實際所能提供的食物。

## 我的用餐偏好

我喜歡在何時、何地、如何用餐，以及與誰一起用餐。

## 任何我在飲食方面需要的支援

這可能包括：

- 在進食和飲水時需要部分或完全的協助
- 為支援我獨立進食，需要使用經過改裝的盤子、碗和餐具
- 根據言語病理學家的建議調整食物。

## 任何影響我飲食的健康問題

例如，言語病理學家的建議（如調整食物質地和增加液體稠度），或全科醫生（GP）針對其他健康問題提出的建議。

## 我遵循的文化和/或宗教傳統或習俗



## 聯繫方式

例如，我的營養師、醫生/全科醫生/專科醫生、言語病理學家、職業治療師或牙醫的聯繫方式。

## 工作人員須知

### 填表人的體重和營養不良篩查記錄在哪裡？\*

應該每月記錄一次該人的體重。體重方面若有任何變化或存在任何問題，可能需要轉介給營養師。

營養不良篩查需要使用經過驗證的工具。

注意：如果營養不良篩查工具顯示存在營養不良或有營養不良風險，應考慮轉介給全科醫生和營養師。

\*列出記錄有該人體重和營養不良篩查資訊的詳細資料所存放的位置。請勿在此表上記錄體重。

若有需要，接受護理者可以在填寫此表格時從工作人員、家人、護理人員或醫療專業人士處獲得幫助。請詢問對方希望把這份偏好表放在他們房間的什麼位置。

如果由您協助填寫表格的人在溝通方面存在困難，請考慮以下方法：

- 使用視覺化功能表幫助對方選擇所偏好的餐食和飲品
- 注意觀察對方的肢體語言、手勢和面部表情，以瞭解他們的偏好。



電話  
1800 951 822



網站  
[agedcarequality.gov.au](http://agedcarequality.gov.au)



致函  
您所屬州其首府城市的老年護理品質與安全委員會 (Aged Care Quality and Safety Commission) GPO Box 9819