



医用饮食调整表

如果您的孩子因疾病或食物过敏而需要特殊的饮食计划，必须填写这份表格并通过电子邮件把它寄给 DCPS 食品和营养服务

部(FNS): dietary.forms@k12.dc.gov。学生每次要求调整饮食时都必须提交一份新表格。

填表之后，FNS 将与您联系以讨论菜单选项。如果您无法使用电子邮件，请把它交给餐厅经理。此表格需要医护人员签名（执业医师、医师助理或执业护士）

A 部分-必须由家长/监护人填写

学生姓名 _____ 学生的出生日期 _____ 年级 _____

学校名称 _____ 学生 ID _____ 教师姓名 _____

您的孩子通常吃学校提供的餐点吗？ 是 否

如果是，您的孩子会吃 FNS 提供的哪些餐点？

早餐 午餐 课后计划的点心

此外，您的孩子最有可能在哪几天吃 FNS 提供的餐点？

星期一 星期二 星期三 星期四 星期五

我证明上述学生需要这份表格所列的特殊校餐，

家长/监护人姓名（工整书写） _____ 签名 _____

电话号码 _____ 电子邮件地址 _____ 日期 _____

B 部分 - 必须由医护人员（执业医师、医师助理或执业护士）填写

学生对食物过敏吗？（请注意：FNS 不提供包含花生或坚果的食品） 是 否

如果是，请从下面的列表中选择过敏原

小麦

全麦

鸡蛋

所有鸡蛋蛋白- 白蛋白（蛋白）和蛋黄

全蛋--煮熟和煎炒

可以食用食品中烘烤的鸡蛋（即煎饼）

奶制品

所有牛奶蛋白- 酪蛋白、乳清等

液体奶

奶酪

酸奶

芝麻：

所有芝麻

忌口或替代的具体食物

坚果(FNS 不提供)

所有坚果

花生（FNS 不提供）

所有花生

大豆

所有大豆蛋白

除大豆油外的所有大豆蛋白

鱼

所有鱼

贝类海鲜

所有贝类海鲜

其他： _____



C 部分-必须由医护人员填写

学生是否需要对食物的口感进行特殊调整? 是 否

说明规定的特殊食物的口感。

切碎 (请具体说明)

磨碎 (请具体说明)

打成糊状 (请具体说明)

E 部分-必须由医护人员填写

学生是否有其他特殊的营养或进食需求? 是 否

请描述特殊的饮食/进食需求, 例如麸质过敏症、糖尿病等。

我证明上述学生需要上文所列的特殊校餐,

医护人员姓名 _____ 诊所电话号码 _____

医护人员签名 _____ 日期 _____

如果学校工作人员收到了表格, 请扫描并通过电子邮件发至: Dietary.Forms@k12.dc.gov

仅限于学区工作人员填写:

营养师姓名: _____

联系日期: _____