

## Special Diet Request Form(特別食リクエストフォーム)

本フォームは、医療上の理由、障害、または重度のアレルギーを理由に、Child Nutrition Program(児童栄養プログラム)\*の食事においてお子様への配慮が必要な場合に記入/入力する必要があります。本フォームは、州の認可を受けた医療従事者および親/保護者が記入/入力し、署名の上返送してください。 \_\_\_\_\_

### 参加者情報: (親/保護者)

参加者の氏名(フルネーム): \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_

通学している学校/センター/施設の名称: \_\_\_\_\_

親/保護者の氏名: \_\_\_\_\_

電話: (携帯電話) \_\_\_\_\_ その他: \_\_\_\_\_

この用紙の更新は、お子様のニーズに変化が生じた場合にのみ必要です。

### 必須情報: 食事についての対応(医療従事者が記入/入力)

1. 除外対象の食品と代替の食品を明記してください。必要に応じて、別紙に明記したものを添付してください。

| 除外対象の食品 | 代替の食品 |
|---------|-------|
|         |       |
|         |       |
|         |       |

2. 参加者が該当する食品を摂取するとどのような影響が生じるか、簡潔にご説明ください。

### 追加情報

食感の変更(丸で囲む): ピューレ状(すりつぶし)    みじん切り(ミンチ)&しっとりしたもの(パサつかない)    柔らかいものや一口サイズのもの  
噛みやすいもの

経管摂取: \_\_\_\_\_ 栄養剤(流動食名): \_\_\_\_\_

摂取にあたっての注意事項: \_\_\_\_\_

その他の食事内容の変更または追加の指示内容: \_\_\_\_\_

### 署名

用紙には、州の認可医師(MDまたはDO)、医師助手(PA)、Advanced Practiced Provider(アドバンスド・プラクティス・プロバイダー)(ナースプラクティショナーまたはNP、上級看護師またはAPRN)、あるいは登録栄養士(RDまたはRDN)が署名する必要があります。

処方権限を有する方の氏名および資格情報(活字体): \_\_\_\_\_

署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

診療所/病院: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Voluntary Authorization(自発的な承認)

親/保護者/参加者の方への注意事項: Voluntary Authorization(自発的な承認)セクションに署名することで、学校/センター/施設の責任者が、このSpecial Diet Request Form(特別食リクエストフォーム)について医療関係者と話し合うことを許可していただけます。

1996年のHealth Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA)(医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律: HIPPA)およびFamily Educational Rights and Privacy Act(家族教育権とプライバシー法)の規定に従い、私は、以下のことを承認します。 \_\_\_\_\_

(医師/医療機関名)が、[特別食]情報という特定の目的のために必要な、保護された健康情報を \_\_\_\_\_(プログラム名)に開示することを承認します。さらに、医師/医療機関に対し、この用紙に明記されている情報および私に関する記録を、必要に応じて、プログラムとの間で自由に交換する許可を付与することに同意します。私は、このリクエストへの署名を拒否しても自分自身に対する特別食をリクエストする資格には影響が生じないことを理解しています。私は、情報がすでに開示済みである場合を除き、この情報を開示する許可をいつでも取り消すことができることを理解しています。任意: この情報を開示する上での私の許可は、 \_\_\_\_\_(日付)に失効します。この情報は、[特別食]という特定の目的のために開示されます。署名者は、本書に明記されている参加者の親、保護者、または正式な代理人であり、自身が当該参加者に代わって署名する法的権限を有することを証明します。

親/保護者: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

または参加者の署名(Adult Day Care(成人デイケア)のみ): \_\_\_\_\_

## USDA(米国農務省)の無差別声明

本機関は、連邦公民権法および米国農務省(USDA)の公民権に関する規則や方針に基づき、人種、肌の色、出身国、性別(性自認および性的指向を含む)、障害、年齢、または過去の公民権活動に対する報復や不利益な取り扱いに基づく差別は禁止されています。

プログラムに関する情報は、英語以外の言語でも提供される場合があります。障害をお持ちで、プログラム情報を入手するために代替のコミュニケーション手段(点字、拡大文字、オーディオテープ、アメリカ手話など)を必要とする方は、プログラムを運営する管轄の州や地方自治体、またはUSDAのTARGET Center((202) 720-2600(音声およびTTY))にご連絡いただくか、Federal Relay Service((800) 877-8339)よりUSDAにご連絡ください。

プログラムにおける差別に関する苦情を申し立てるには、苦情申立人は、Form AD-3027の、USDA Program Discrimination Complaint Form(米国農務省プログラム差別苦情申立書)(様式AD-3027)に記入/入力する必要があります。用紙は、以下のウェブサイトから入手できます。USDA Program Discrimination Complaint Formは、USDAの各事務所に、または(866) 632-992にご連絡いただくか、あるいはUSDA宛てに郵送で申請いただくことで入手できます。申立書には申立人の氏名、住所、電話番号を明記し、対象の差別行為の内容を十分に詳述の上、対象の公民権違反のタイプと日付をAssistant Secretary for Civil Rights(公民権担当次官補: ASCR)にお知らせいただく必要があります。記入/入力済みのAD-3027フォームまたは書簡を、以下の期日までにUSDAにご提出ください。

### 1. 郵送: U.S.Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C.20250-9410。または、

### 2. Fax: (833) 256-1665あるいは(202) 690-7442。または、

### 3. Eメール: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

当機関は機会均等を標榜する機関です。