



Medical Dietary Accommodation Form 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。如果需要改变饮食，请提交新表格。填表之后，FNS 将与您联系以讨论菜单选项。请注意，在与 FNS 团队成员确认开始日期之前，饮食调整不会发生。如果您无法使用电子邮件，请把此表格交给餐厅经理。

此表格需要医护人员签名 (执业医师、医生助手或执业护士)

必填 - 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: _____ 学生编号: _____ 教师的姓名: _____

如果您的孩子在餐厅用餐，他们会吃哪些餐点？我们只会在您表示需要饮食调整的时间段提供调整的饮食。

早餐 午餐 点心或晚餐 (课后计划)

我证明上述学生需要这份表格所列的特殊校餐。此外，我授权 DCPS 食品和营养服务部与下列授权的医疗机构讨论下列饮食需求。我理解，如果我在 3 次尝试后仍未回应沟通请求，DCPS 可能会停止饮食调整。

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 ____/____/____

REQUIRED - SECTION B.1 (Must be completed by the Medical Practitioner) -

必填 - B.1 部分 (必须由医护人员填写)

Does the student have food allergies/intolerances that substantially limit the student's ability to eat regular school meals?
学生是否有食物过敏/不耐受症，从而严重限制了其吃普通校餐的能力？

Yes No (Note: FNS does not currently serve products containing Peanuts or Tree Nuts (incl. Coconut))

是 否 (备注: FNS 目前不提供含有花生或坚果 (包括椰子) 的产品。)

If yes, please select the allergen(s)/intolerances from the list below:

如果是，请从下面的列表中选择过敏原/不耐受情况：

Wheat (小麦) :

All Wheat (全麦)

Eggs (鸡蛋) :

All Egg Proteins - both whites and yolk
(所有鸡蛋蛋白- 白蛋白和蛋黄)

Baked good with eggs allowed (i.e. muffins)
(允许使用鸡蛋烘焙食品 (例如松饼))

Tree Nuts (not provided by FNS) 坚果 (FNS 不提供) :

所有坚果

Peanuts (not provided by FNS) (FNS 不提供花生) :

All Peanuts (所有花生)

Soy (大豆) :

All Soy Products (所有豆制品)

All Soy Protein, Soybean Oil allowed
允许所有大豆蛋白、大豆油



Dairy (奶制品)

- All Milk Proteins- Casein, Whey, etc
(所有牛奶蛋白质 - 酪蛋白、乳清蛋白等)
- Fluid Milk (液态奶)
- Cheese (奶酪)
- Yogurt (酸奶)

Sesame (芝麻) :

- All Sesame (全芝麻)

Fish (鱼) :

- All Fish (e.g., tuna, salmon, tilapia)
所有鱼类 (例如金枪鱼、鲑鱼、罗非鱼)

Shellfish (贝类) :

- All Shellfish (e.g., Shrimp, crab)
所有贝类 (例如虾、蟹)

Other (其他) : _____

Required (If Yes, In Section B.1) - SECTION B.2 (Must be completed by the Medical Practitioner)

必填 (如果是, 在 B.1 部分填写) - B.2 部分 (必须由医护人员填写)

Please inform us of the reaction/s associated with this student's allergy/intolerance: (For example, "consuming egg or any egg-containing product causes a life-threatening reaction") / **请告知我们该学生的过敏/不耐受反应:** (例如, "食用鸡蛋或任何含鸡蛋的产品会引起危及生命的反应") :

Required (If Yes, In Section B.1) - SECTION B.3 (Must be completed by the Medical Practitioner)

必填 (如果是, 在 B.1 部分填写) - B.3 部分 (必须由医护人员填写)

Please list the foods to be omitted with suggested substitutions. (For example, "Foods to Omit: gluten-containing products, Substitute with: rice, gluten-free bread"). / **请列出应避免的食物以及建议的替代品。** (例如, "应避免的食物: 含麸质的产品, 替代品: 米饭、无麸质面包")。

Foods to Omit (应避免的食物) :	Substitute with (替代品) :

SECTION C (Must be completed by the Medical Practitioner)

C 部分 (必须由医护人员填写)

Does the student require special modification of dietary textures?

学生是否需要特殊调整食物的口感? Yes (是) No (否)

If yes, indicate texture on prescribed special diet.
如果是, 说明规定的特殊食物的口感。



Solids (固体) :

Chopped (please indicate any specific instructions)
切碎 (请具体说明)

Ground (please indicate any specific instructions)
磨碎 (请具体说明)

Pureed (please indicate any specific instructions)
打成糊状 (请具体说明)

Liquids (液体) :

Thin (薄)

Slightly Thick (有点厚)

Mildly Thick (稍厚)

Moderately Thick (比较厚)

Extremely Thick (极厚)

SECTION D (Must be completed by the Medical Practitioner)

D 部分 (必须由医护人员填写)

Does the student have other special nutritional or feeding needs?

学生是否有其他特殊的营养或进食需求? **Yes (是)** **No (否)**

If yes, please describe the special diet/feeding needs such as diabetes, etc.

如果是, 请描述特殊的饮食/进食需求例如糖尿病等。

I certify that the above-named student needs special school food as described above.

我证明上述学生需要上面所列的特殊校餐。

Medical Practitioner's Name: _____ **Office Phone Number:** _____
医护人员姓名 诊所电话号码

Medical Practitioner's Signature: _____ **Date:** ____/____/_____
医护人员的签名 日期

Office Name: _____ **Email:** _____
诊所名称 电子邮件

除非另有书面说明, 否则本表格中的信息可以与相关的DC 公立学校和食品服务管理供应商工作人员共享, 以便为您的孩子提供适当的调整。
家长/监护人可通过书面申请停止调整。

本表格应提交至: Dietary.forms@k12.dc.gov