

奈良県 保健所長 殿

給食施設設置者

住所

氏名

（法人にあつては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者氏名）

健康増進法第18条第1項第2号・3号及び法第22条の規定により、下記のとおり報告します。

基本 情報	施設名							施設種類							
	所在地	〒						TEL							
								FAX							
	管理者名	職		氏名				e-mail							
	栄養管理責任者 (施設側)	部署名		健康増進法第21条第1項の指定					有		無				
		職		氏名				給食の運営方式 (注1)委託ありの場合は下記に記入		委託あり		委託なし			
	入所児童数	乳児	1,2歳児		3~5歳児		小学生 (低)	小学生 (中)	小学生 (高)	中学生	高校生	合計			
	給食従事者数 (0の場合も0と記入)	施設側(人)		委託先(人)		(注1)委託業者等について記入してください									
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	名称									
	管理栄養士					所在地									
	栄養士					代表者氏名									
	調理師					受託責任者	職種		氏名						
	調理員					委託内容	献立作成		材料購入		調理		盛付		
	その他						配膳		下膳		食器洗浄		施設外調理		
合計					その他(右に記入)										
食事の種類と食数 (前月一日平均)	入所・通所者						その他		合計				職員食		
	常食		食		個別対応食 (アレルギー食)		食								
	朝食														
	昼食														
	夕食														
	その他 (下に記載)														
	合計														
体制 整備	栄養管理部門の位置づけ	栄養部		診療部		事務部		その他 (右に記入)		組織図		有	無		
	給食運営の方針および目標の設定	有		無		有の場合、施設全体での周知はしているか				はい		いいえ			
		内容(複数選択可)				GOIの向上		疾病の改善		健康の保持増進		適切な栄養素の摂取			
		*ただし施設内で周知しているもの				楽しい食事		安心安全な食事		適量での提供		その他 (右に記入)			
	栄養管理等に関する会議 (給食関係会議)	名称													
目的															
開催回数						年	回								
構成職種						施設長	管理栄養士・栄養士		調理師(員)		保育士等		保護者代表		
						委託業者:	受託責任者	栄養士		調理師(員)		本社担当者			
						その他(右に記入)									

体制整備	従事者の研修 (人材育成)	施設	管理栄養士 (栄養士)	参加回数	回/年	内容	栄養関係	疾病関係	衛生関係	その他	その他内容			
			調理師(員)	参加回数	回/年	内容	栄養関係	疾病関係	衛生関係	その他	その他内容			
			管理栄養士 (栄養士)	参加回数	回/年	内容	栄養関係	疾病関係	衛生関係	その他	その他内容			
			調理師(員)	参加回数	回/年	内容	栄養関係	疾病関係	衛生関係	その他	その他内容			
			委託業者が実施する研修会等の参加実績および内容の確認								有		無	
計画	入所者の栄養 アセスメントの 実施	実施率 (%)	スクリー ニング項目	性	年齢	身長	体重	身体活動レベル	疾病状況	食事摂取量	摂食嚥下機能	その他	その他内容	
	児童(6歳以上児)の肥満とやせの割合						肥満 +20%以上	人 %	ふつう	人 %	やせ -20%以下	人 %	その他	
	測定月:	月	*測定方法		判定方法: 学校における健康診断の結果									
	幼児の肥満とやせの割合(3歳以下)						肥満 +15%以上	人 %	ふつう	人 %	やせ -15%以下	人 %	その他 (右に記載)	
	測定月:	月	*判定方法		幼児身長体重曲線(性別・身長別標準体重)									
	栄養量および食品構成						栄養目標の算出方法:							
	栄養量		給与栄養目標量		実給与栄養量		食品構成		食品群別目標量(g)		平均給与量(g)			
	エネルギー (kcal)						米							
	たんぱく質 (g)						小麦・麦							
	脂質 (g)						いも類							
	カルシウム (mg)						砂糖類							
	鉄 (mg)						豆類・大豆製品							
	ビタミンA (μgRAE)						緑黄色野菜							
	ビタミンB <sub>1</sub> (mg)						その他の野菜							
	ビタミンB <sub>2</sub> (mg)						果実類							
ビタミンC (mg)						海藻類								
食物繊維 (g)						魚介類								
食塩相当量 (g)						肉類								
						卵類								
						牛乳・乳製品								
たんぱく質エネルギー比(%)						油脂類								
脂質エネルギー比 (%)						菓子類								
献立表						添付有無: 献立表(前月1週間分)を添付して下さい								
実施および評価	給与栄養量の評価	回数	回/年											
	利用者による食事評価	回数	回/年	方法	アンケート調査	個別に聞き取り	その他	その他内容	対象者	人数(下に記載)				
	検査の実施	検査者		職名	食材料費(常食1人1日あたり)						円			
	喫食量調査	方法	個別に把握	残食調査 (主食・主菜・副菜別)	残食調査(主食・副食)	残食調査(一括)	その他	その他内容	実施なし					
	コンピュータの導入			導入有無	献立作成	栄養帳票	食数管理	発注	栄養管理	その他	その他内容			
	食事時間			朝食	昼食	夕食								
	適温の方法			保温保冷 配膳車	保温食器	保温トレイ	その他	その他内容						
	献立表の掲示				掲示有無	エネルギー	たんぱく質	脂質	食塩	栄養成分表示なし				
	健康栄養情報の提供			個別 栄養教育 食育の 取組	有	無	無	集団栄養教育	有	無				
	危機管理	食事に係るインシデント・アクシデント事例の報告		有	無	事故(食中毒等)時対策マニュアル			有	無				
事故時食糧確保のための他の食事提供施設と協議		有	無	非常時災害時対策マニュアル			有	無						
非常食糧等の備蓄		人分を	日分	無										
報告書作成者		住所(施設の所在地と違う場合)												
		連絡先TEL/FAX			TEL									
					FAX									
部署名・職氏名			部署	職	氏名									