

奈良県 保健所長 殿

給食施設設置者

住所

氏名

(法人にあっては、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。

施設名					施設種類	病院	診療所	その他			
					TEL						
所在地	〒				FAX						
					e-mail						
管理者名	職 氏名				健康増進法第21条第1項の指定		有	無			
栄養管理責任者	部署名				入院時食事療養費		I	II			
(施設側)	職 氏名				給食の運営方式 (注1)有の場合は下記に記入		委託あり	委託なし			
病床数	一般	療養	精神	結核	感染症	合計			介護医療院		
給食従事者数 (0の場合も記入)	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					
食事の種類と食数 (前月一日平均)	一般食				特別食		経管栄養	その他	合計 (左記)	職員食	
	常食	軟食	流動食	(注2)	加算	非加算		(注2)			
朝食											
昼食											
夕食											
その他 (下に記載)											
合計											
(注2)院外への給食提供		有	無	施設名等							
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)		QOL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					
体制整備	名称										
	目的										
	開催回数	年	回								
	栄養管理等に関する 会議 (給食関係会議)	施設長	栄養管理部門責任者	管理栄養士・栄養士	調理師(員)	喫食者代表					
健康管理室スタッフ		その他 (右に記入)									
委託業者:	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)	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					
	*施設内研修を含む	施設	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				
	*前年度実績	委託	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	対象者に合わせた食事計画	院内約束手帳	最終改正年月日	年	月										
	常食の給与栄養目標量および食糧構成		添付の有無	添付して下さい											
	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	体重減少率	身体活動レベル	化学検査	疾患	その他(右に記入)	その他内容	
	栄養管理実施計画の実施	実施率(%)	%	※栄養管理実施計画の対象となる人の実施率											
実施および評価	献立表		添付の有無	常食の献立表(前月1週間分)を添付して下さい											
	給与栄養量の評価	回数	回/年	評価の種類	常食のみ	その他食糧(右記)	食糧1	食糧2	食糧3	添付の有無	常食の給与栄養量(前月分)を添付して下さい				
	患者による食事評価	回数	回/年	方法	アンケート調査	個別に聞き取り	その他(右に記入)	その他内容			対象者		人数(下に記載)		
	検査の実施	検査者		医師	管理栄養士		栄養士		その他(右に記入)						
	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
	特別食加算等の実施			加算なし	特別食加算	食堂加算	特別メニューの提供	栄養サポートチーム加算	糖尿病透析予防指導管理料	経口移行加算	経口維持加算	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	経路栄養管理加算		
				栄養情報連携料	早期栄養介入管理加算	個別栄養食事管理加算	退院時共同指導加算	その他(右に記入)	その他内容						
	チーム医療の参画状況			栄養サポートチーム	褥瘡委員会	クリニカルパス	摂食嚥下支援チーム	糖尿病透析予防診療チーム	退院時共同指導	在宅褥瘡対策チーム	その他(右に記入)		その他内容		チーム医療無
	コンピュータの導入	導入項目		献立作成	栄養帳票	食数管理	発注	患者栄養管理	その他	その他内容					導入なし
	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(右に記入)	その他内容							
	食材料費			常食1人1日あたり			円								
栄養指導・栄養情報の提供	献立表の掲示	有		無	栄養成分の表示		有	無	エネルギー	たんぱく質	脂質	食塩			
	栄養指導の状況 ※月平均(前年実績)	入院患者		外来患者	訪問指導	備考(多い食糧やテーマ)									
		個別指導(人)		集団指導(回)	(人)										
	健康情報の提供	入院・外来者		有	無	内容および方法									
危機管理	食事に関するインシデント・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										