

「特定給食施設等栄養管理報告書」記入要領

この報告書は、給食施設における給食運営及び栄養管理等の状況を把握するために、健康増進法第18条第1項第2号・3号及び法第22条の規定により報告を求めるものです。

管轄保健所長が指定する期日の内容について記入し、管轄保健所長が指定する日までに提出してください。報告義務者は施設管理者(当該施設長)とします。従って、委託給食の場合も委託者である当該施設長が報告してください。

(別紙様式4-2・・・病院・診療所)

	年月日	年 6月 1日現在の状況を記入してください。
設置者	※ 設置者とは、市町村立であれば市町村長、法人であれば理事長等法人の代表者となります。	
	設置者住所	法人にあつては、主たる事業所の所在地
	設置者氏名	法人にあつては、法人名及び理事長等法人の代表者の捕職名・氏名 (例)市立保育園: ●●市 市長○○ 事業所 : ●●株式会社 代表取締役社長○○ 民間機関 : ●●医療法人 理事長○○
基本情報	施設名	施設の正式名称(法人名)を記入してください。
	施設種類	該当するものを○で選択して下さい。
	所在地(他)	施設の所在地、および電話番号、FAX 番号、郵便番号、E-mail アドレスを記入下さい。
	管理者名	施設管理者(当該施設長)の職名と氏名を記入してください。
	栄養管理責任者	施設の栄養管理責任者について、その職と氏名を記入してください
	健康増進法第21条の規定による指定	健康増進法第21条第1項)の規定により「奈良県知事による管理栄養士必置の指定」の有無について、○で選択して下さい
	入院時食事療養費	入院時食事療養費の区分について、該当するものを○で選択してください。
	病床数	許可病床数を記入下さい。
	給食の運営方式	業務委託の有無について該当するものを○で選択してください。業務委託ありの場合は、下記に委託先名称・所在地・代表者氏名・施設内受託責任者を記入してください。委託内容は該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。
	給食従事者数	従事者人数をその職種別に、施設側、委託先それぞれについて記入してください。 ※「常勤」とは、当該施設においてほかの正規職員と同様な勤務形態にある場合をいいます。 ※管理栄養士・栄養士・調理師は有資格とします。 ※管理栄養士であるものは、栄養士に含めません。また、栄養士・調理師の資格を併せ持っている場合は、いずれか主な業務の資格について記入してください。 ※委託先とは、当該施設に従事している職員数であり、委託先本社等の職員数ではありません。
食事の種類と食数	食種ごと、朝昼夕、その他ごとの食数について、報告日の前月の平均 1 日当たりの食数を記入してください。 また、経管栄養の食数については再掲してください。	
院外への給食提供	当該施設以外へ給食を提供している場合、施設名等をご記入下さい。 また、食種区分の(注2)の欄に食数を記入下さい。	
整備制	栄養管理部門の位置づけ	該当するものを○で選択してください。 組織図の有無について該当するものを○で選択して下さい。

	給食運営の方針および目標の設定	給食運営の方針および目標の設定の有無について○で選択して下さい。「有」の場合は、その周知の状況について該当するものを○で選択してください。また、その内容について、該当するものを○で選択して下さい。
	栄養管理等に関する会議(給食関係会議)	施設における会議について、会議名称と、その開催目的、開催回数を記入してください。複数の会議がある場合は、全て記入してください。会議を構成する職種は該当する者全てを○で選択してください。
	従事者の研修(人材育成)	施設側と委託先、管理栄養士(栄養士)と調理師(員)を区別して、それぞれ前年度実績の参加回数を記入して下さい。また、その内容について、該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。施設内研修も含まれます。
計 画	対象者に合わせた食事計画	約束食事箋の最終改正年月を記入して下さい。
	常食の給与栄養量および食品構成	添付をお願いします。
	栄養アセスメントの実施	実施率をご記入下さい。また、スクリーニングの項目について、該当するものを○で選択してください。
	栄養管理実施計画	栄養管理実施計画の対象となる人に対する実施率をご記入下さい。
実 施 お よ び 評 価	献立表	常食の献立表(前月1週間分)を添付してください。
	給与栄養量の評価	年間の実施回数をご記入下さい。また、その評価対象の食種をご記入ください。前月分の常食の給与栄養量を添付して下さい。
	患者による食事評価	年間の実施回数をご記入下さい。また、その方法について該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。対象者および人数についても記入してください。
	検食	検食者の職種について○で選択してください。
	喫食量調査	方法について該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。
	特別食加算等の実施	保険における加算をとっているものを○で選択して下さい。
	チーム医療の参画状況	栄養士の参画状況について該当するものを○で選択し、その他の場合は記入して下さい。
	コンピューターの導入	導入の有無を記入してください。また、有の場合は導入項目を○で選択してください。
	食事時間	朝昼夕の食事時間をご記入下さい。
	適温の方法	該当するものを○で選択してください。
	食材料費	一人1日あたりの前月分の食材料費(税込)を記入してください。その他の経費は含めません。
情 報 提 供	献立表の掲示	献立表の掲示の有無について、該当するものを○で選択して下さい。また、栄養成分表示をしているものを○で選択して下さい。
	栄養指導の状況	入院患者、外来患者、訪問指導別に、それぞれ個人、集団に分けて指導人数を前年度実績で月平均の数を計上ください。診療報酬算定の有無は問いません。
	健康・栄養情報の提供	入院・外来者および地域住民への健康・栄養情報の提供について、それぞれに実施の有無を○で選択し、内容および方法を記入してください。
	危機管理	危機管理等の対応について該当するものを○で選択してください。非常食糧等の備蓄が「有」の場合はその量を記入してください。 ※危機管理に対する対応マニュアルは、施設全体としてではなく給食部門としての危機管理マニュアルのことを指します。
	報告書作成者	報告書作成者の担当部署名、職名、氏名を記入してください。 施設の所在地と報告所作成者の連絡先が異なる場合は、住所、連絡先TELを記入してください。