

給食実施状況報告書

(月分 病院・介護老人保健施設用)

年 月 日

宇都宮市保健所長 様

施設の名称
 施設の所在地 〒
 電話番号
 施設管理者
 職・氏名

㊞

健康増進法第24条第1項の規定により、次のとおり給食実施状況を報告します。

栄養部門		名称					職・氏名		
病床数	一般病床		療養型病床群		その他の病床		計		
	床		床		床		床		
入所定員		入所定員 人							
給食運営方式		1 直営				2 委託			
委託先	名称						委託内容		
	所在地								
	代表者名								
	委託先現場責任者名								
給食数・一日当たり平均	区分		朝	昼	夕	その他()	計		
	患者・入所者 一般食	常食	食	食	食	食	食		
		軟食	食	食	食	食	食		
		流動食	食	食	食	食	食		
		特別食	食	食	食	食	食		
	その他		食	食	食	食	食		
	合計		食	食	食	食	食		
給食従事者状況	区分		設置者(委託側)		受託側		計		備考 (代表者氏名)
			常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
	管理栄養士		人	人	人	人	人	人	
	栄養士		人	人	人	人	人	人	
	調理師		人	人	人	人	人	人	
	その他の調理従事者		人	人	人	人	人	人	
	事務職員		人	人	人	人	人	人	
計		人	人	人	人	人	人		
給食委員会 [名称]		・実施回数(年 回)				・会議録 ア 有 イ 無			
調査の実施		・嗜好調査(年 回)				・残食調査(年 回)			
		・その他()							
給食関係者の研修		・実施回数(年 回)				・実施主体 ア 独自で実施 イ 他で実施する研修に参加			
喫食者の把握 (性、年齢別人数、健康状態等の把握方法を具体的に記入)									

栄 養 管 理 状 況									
最多食種〔名称： _____、対：全給食数 _____%〕の食品構成及び実際に給与した食品量									
食 品 群 別	1人1日当 たりの食品 構成に基づ く食品量	実 際 に 給 与 し た 量		区 分	目 標 栄 養 量	給 与 栄 養 量			
		※1か月の 総使用量	1人1日当 たりの純使 用量						
穀 類	g	kg	g	エネルギー	kcal	kcal			
いも及びでん粉類				たんぱく質	g	g			
砂 糖 類									
豆 類				脂 質	g	g			
種 実 類									
緑黄色野菜				食塩相当量	g	g			
その他の野菜									
果 実 類				カルシウム	mg	mg			
きのこ類									
藻 類				鉄	mg	mg			
魚 介 類									
肉 類				レチノール 当 量	μg	μg			
卵 類									
乳 類				ビタミンB ₁	mg	mg			
油 脂 類									
菓 子 類				ビタミンB ₂	mg	mg			
し好飲料類									
調味料及び香辛料類				ビタミンC	mg	mg			
そ の 他							穀 類 エネルギー比	%	%
							脂 質 エネルギー比	%	%
合 計				脂肪酸比率 S:M:P比	: :	: :			
栄養食事指導の状況（ _____ 月 ~ _____ 月）				給 食 運 営 状 況					
個 別	対 象 者	指 導 人 員	主 な 指 導 内 容	ア 入院時食事療法 I・II					
	入院患者 (入所者)	人		イ 特別管理加算 有・無					
	外来患者 (外来者)	人		ウ 特別食加算 有・無					
集 団	延べ	回		エ 食堂加算 有・無					
	延べ	人		オ 選択メニュー加算 有・無					
訪 問	延べ	件							
喫食者への栄養に関する情報の提供			<ul style="list-style-type: none"> ・献立表の掲示 ア 有 イ 無 ・栄養成分表示項目 ・その他の情報提供 	《備考欄》 食料構成の有無： 有 ・ 無 食材料費：1人1日 _____ 円					
				報告書作成者					

備考 ※部分のみ、全食種の総使用量を記入して下さい。