

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

㊞

宇都宮市健康増進法施行細則第8条の規定により、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 特 別 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		《備考欄》					
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 	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。