

奈良市保健所長 殿

設置者を記入のこと

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24条第1項および奈良市健康増進法施行細則第5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	社会福祉施設 施設種 ()				
							老人福祉施設 ()	特養	養護	軽費	
所在地	〒						介護老人保健施設		有料老人ホーム		
	住所						介護医療院	その他 ()			
管理者名	職					TEL					
	氏名					FAX					
栄養管理責任者	職					e-mail					
	氏名					健康増進法第21条第1項の指定		有	無		
入所定員等	入所者	デイサービス	配食サービス	ショートステイ	その他 ()	給食の運営方式 (注1)有の場合は下記に記入	委託	有	無		
							契約書	有	無		
給食従事者数	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					施設内受託責任者	職種・氏名					
調理員					委託内容	献立作成	材料購入	調理			
その他						盛付	配膳	下膳			
合計					委託しているものを選択	食器洗浄	施設外調理				
					その他 ()						
食事の種類と食数 (前月1日平均)	一般食 (入所者のみ)			療養食 (入所者のみ)		デイサービス	配食サービス	(注2)	合計 (左記)	経管栄養 (再掲)	職員食
	常食	軟食	刻み・ペースト等	加算	非加算						
朝食											
昼食											
夕食											
その他											
合計											
(注2)施設外への給食提供がある場合等					施設名(食数)をご記入ください						
栄養管理部門の位置づけ		栄養部	診療部	事務部	その他 ()	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) *ただし施設内で周知しているもの			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			
					楽しい食事	安心安全な食事	適価での提供	その他 ()			
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)	介護担当者			
		利用者代表			委託業者 ()	受託責任者	栄養士	調理師(員)			
		本社担当者			その他 ()	その他 ()					

基本情報

体制整備

従事者の研修 (人材育成) * 施設内研修を含む * 前年度実績	施設	管理栄養士(栄養士)	参加: 回 / 年	栄養関係	疾病関係	調理技術関係		
		調理師(員)	参加: 回 / 年	衛生管理	その他 ()			
	委託	管理栄養士(栄養士)	参加: 回 / 年	栄養関係	疾病関係	調理技術関係		
		調理師(員)	参加: 回 / 年	衛生管理	その他 ()			
		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		
	対象者に合わせた食事計画	約束食事箋	有	無 (有の場合) 最終改正年月: 年 月				
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	体重減少率	化学検査
入所者の栄養ケア計画の実施	実施率 %	ケア会議の栄養士参画状況	疾患	食事摂取量	摂食嚥下機能	褥瘡有無	その他 ()	
栄養量および食品構成(常食)	栄養目標の算出方法:							
	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	ビタミンA (μgRAE)		緑黄色野菜					
	ビタミンB ₁ (mg)		その他の野菜					
	ビタミンB ₂ (mg)		果物類					
	ビタミンC (mg)		海藻類					
食塩相当量 (g)			魚介類					
食物繊維総量 (g)			肉類					
炭水化物エネルギー比 (%)			卵類					
たんぱく質エネルギー比 (%)			牛乳・乳製品					
脂質エネルギー比 (%)			油脂類					
	入所者の性・年齢構成表を添付してください。		菓子類					
	献立表 * 常食の献立表(報告月の1週間分)を添付してください。							
給与栄養量の評価	回数: 年 回	【評価の食種】	常食のみ	常食および	食	食		
利用者による食事評価	回数: 年 回	【方法】	アンケート調査	個別の聞き取り	その他 ()			
	【対象者および人数】							
検査者	(職名)		食材料費	常食一人一日あたり	円			
喫食量調査	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 ()					
加算等の実施	栄養マネジメント強化加算		療養食加算	経口移行加算	経口維持加算	栄養改善加算		
	居宅療養管理指導		その他 ()					
コンピューターの導入	【導入項目】	献立作成	栄養帳票	発注	利用差栄養管理	その他 ()	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 ()				
情報提供	健康・栄養情報の提供:	献立表の掲示	栄養成分表示 (エネルギー)	たんぱく質	脂質	食塩	表示なし)	
	有 無	献立表の提供	卓上メモ	ポスターの掲示	給食だより等の配布	実物展示		
	(有の場合は右欄も回答)	給食時の訪問	地域住民への情報提供	その他 ()				
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	有	無	有の場合右記に詳細記載	人分を	日分		
報告書作成者	住所(施設の所在地と違う場合)							
	連絡先 TEL/FAX							
	部署名・職 氏名							