

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。

基本情報	施設名					施設種類	事業所	寄宿舍	その他			
							その他の場合 右欄記載					
	所在地	〒					TEL					
		住所					FAX					
	管理者名	職					e-mail					
		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					給食の運営方式 (注1) 有の場合は下記に記入	委託	有	無		
		職・氏名						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					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チェック	食器洗浄	施設外調理	その他 ()			
食数 (前月1日平均)	朝食		昼食		夕食		その他		合計	備考		
									0			
栄養管理部門の位置づけ		福利厚生部	総務部	庶務部	その他	その他の場合 右記に詳細記載		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	栄養管理部門責任者	管理栄養士・栄養士		調理師(員)				
		健康管理室スタッフ		喫食者代表		その他 ()						
		委託業者 ()		栄養士	調理師(員)		本社担当者		その他			
従事者の研修 (人材育成) *施設内研修を含む *前年度実績		管理栄養士(栄養士)		参加: 回 / 年		栄養関係	疾病関係	衛生管理	その他			
		調理師(員)		参加: 回 / 年		栄養関係	疾病関係	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		
計画	従業員の性、年齢別人数 (* 事業所の場合のみ 記入してください)		15~17歳		18~29歳		30~49歳		50~69歳		70歳以上	合計
			男									
			女									
			合計									

生徒の肥満とやせの割合 (学生寮等の寄宿舎の場合)	肥満 +20%以上		人 %	ふつう		人 %	やせ -20%以下		人 %	
	測定月	月	判定方法：学校における健康診断の結果							
従業員の肥満とやせの割合	肥満 BMI25以上		人 %	ふつう		人 %	やせ BMI18.5以下		人 %	
測定年月		年	月		食事摂取への配慮			食事摂取への配慮		
(*) 100人以上の事業所のみ 記入してください		有	無		有	無				
判定方法：BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)										
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						
				卵類						
炭水化物エネルギー比 (%)				牛乳・乳製品						
たんぱく質エネルギー比 (%)				油脂類						
脂質エネルギー比 (%)				菓子類						
実施および評価	給与栄養量の評価	回数：年 回								
	献立表	献立表（報告月の1週間分を添付してください）								
	給食の形態	単一定食	複数定食	種類	単品(カレー・めん類・丼)		カフェテリア方式			
	喫食者による食事評価	回数：年 回 【方法】		アンケート調査	個別の聞き取り	給食試食会の実施				
	検食	有	無	有の場合 検食者職種名：						
	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	利用者栄養管理			
			その他 ()		導入なし					
栄養情報の提供	献立表の掲示	有	無	栄養成分の表示	エネルギー	たんぱく質	脂質	食塩	表示なし	
	従業員(利用者)の健康に配慮した取組	栄養バランス	有	無	ヘルシーメニューの提供 ()		野菜たっぷり	減塩	カロリー控えめ	
		健康・栄養情報の提供	有	無	モデル的な料理の組み合わせの提示		利用者に応じた主食の選択			
		食堂の喫煙対策	全面禁煙		喫煙専用室の設置		その他 ()			
		独自の取組								
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				
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									