

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		病院		診療所					
												TEL									
	所在地	〒											FAX								
		住所											e-mail								
	管理者名	職											健康増進法第21条第1項の指定				有		無		
		氏名											入院時食事療養費				I		II		
	栄養管理責任者	職											給食の運営方式 (注1) 有の場合は下記に記入			委託			有		無
		氏名														契約書			有		無
	定員(人)	一般	療養	精神	結核	感染症 その他()			合計		介護医療院										
	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					院内受託責任者		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										
	食事の種類と食数 (前月1日平均)	一般食				特別食		その他		合計 (左記)	経管栄養 (再掲)		職員食								
		常食	軟食	流動食	()	加算	非加算	(注2)													
	朝食																				
	昼食																				
	夕食																				
	その他()																				
	合計																				
	(注2) 院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																
	体制整備	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		医師		管理栄養士・栄養士		調理師(員)		看護師							
						患者代表		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 ()										

計 画 ・ 実 施 お よ び 評 価	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 ()			
					栄養関係	疾病関係	調理技術関係		
			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 ()			
					栄養関係	疾病関係	調理技術関係		
			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
		院内約束食事箋	最終改正年月： 年 月						
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	疾患	化学検査	
献立表	報告月の1週間分の献立表を添付してください。 (献立の種類：)								
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				
患者による食事評価	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】								
検食の実施	検食者	医師	管理栄養士	栄養士	その他 ()				
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 ()						
特別食加算等の実施	特別食加算		食堂加算		特別メニューの提供		栄養サポートチーム加算		
	糖尿病透析予防指導管理料		経口移行加算		経口維持加算		栄養情報提供加算		
	その他 ()								
チーム医療の参画状況	栄養サポートチーム		褥瘡委員会		クリニカルパス		摂食嚥下支援チーム		
	透析予防診療チーム		その他 ()						
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 ()		
食材料費	常食一人1日あたり		円						
課題と評価	栄養に関する課題								
	課題に対する取組								
	施設の自己評価								
奈良市の栄養関連施策項目	最も提供数の多い給食に対して記入				目標量		提供量		
	野菜の1人当たりの提供量(一食 一日)				g		g		
情 報 提 供 ・ 栄 養 指 導	健康・栄養情報の提供： 有 無 (有の場合は右欄も回答)	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)	
		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		
		給食時の訪問	地域住民への情報提供		その他 ()				
	栄養指導の状況 *月平均(前年度実績)			入院患者	外来患者	訪問指導	備考(多い職種やテーマ)		
		個別	延 人	延 人	延 人				
集団	回 人	回 人	回 人						
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								