

栄養管理報告書（病院・介護施設等）

保健所長 殿

施設名

所在地

管理者名

電話番号

年 月 分

I 施設種類	II-1 1人1日平均食材料費及び食事区分別給食延べ数		II-2 定数及び1日平均利用者数
1 病院 2 介護老人保健施設 3 介護医療院 4 老人福祉施設 (特別養護老人ホーム・通所介護施設・その他高齢者施設) 5 その他 (有料老人ホーム等)	食材料費	円 □食材料費 □その他含	定数又は定員 床 (人)
	給食延べ数 (食)		
	一般食	常食	1日平均利用者数合計 人
		その他	
	その他	療養食(特別食)	再掲 デイサービス 人
		職員食・その他	ショートステイ 人
	合 計		その他 () 人 () 人

III 給食従事者数				IV 利用者の把握・調査
	施設側 (人)		委託先(人)	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
管理栄養士				
栄養士				
調理師				
調理作業員				
その他				
合 計				

年1回以上、施設が把握しているもの
☐性別 ☐年齢 ☐身体活動レベル
☐身長 ☐体重 ☐BMI ☐血清アルブミン
☐生活習慣（給食以外の食事状況、運動・飲酒・喫煙習慣等）
☐その他（ ）

年1回以上、施設が調査しているもの
 1 食事の摂取量把握 ☐実施している（☐全員 ☐一部）
 （頻度 ☐毎日 ☐__回/月 ☐__回/年）
☐実施していない
 2 嗜好・満足度調査 ☐実施している（頻度 回/年） ☐実施していない
 3 その他（ ）（頻度 回/年）

V 給食の概要	
1 給食会議	☐ 有（頻度： 回/年） ☐ 無
1-2 有の場合	構成委員 ☐ 管理者 ☐ 管理栄養士・栄養士 ☐ 調理師・調理担当者 ☐ 給食利用者 ☐ 介護・看護担当者 ☐ その他（ ）
2 衛生管理	衛生管理マニュアルの活用 ☐ 有 ☐ 無
	衛生点検表の活用 ☐ 有 ☐ 無
3 非常時危機管理対策	①食中毒発生時マニュアル ☐ 有 ☐ 無
	②災害時マニュアル ☐ 有 ☐ 無
	③食品の備蓄 ☐ 有 ☐ 無
	④他施設との連携 ☐ 有 ☐ 無
4 栄養ケア・マネジメントの実施	☐ 有（ ☐ 全員・ ☐ 一部） ☐ 無
5 NSTの導入（病院のみ記入）※	☐ 有 ☐ 無

VI 栄養計画	
1 対象別に設定した給与栄養目標量の種類	☐ __種類 ☐ 個別に作成 ☐ 作成していない
2 給与栄養目標量の設定頻度	☐ 毎月設定 ☐ 3か月に1回設定 ☐ その他（ ）

*裏面へ⇒

施設名

3 給与栄養目標量と給与栄養量（最も提供数の多い給食に関して記入）（食種 ☐ 一般食 ☐ その他（ ））														
	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	カルシウム (mg)	鉄 (mg)	ビタミン				食塩 相当量 (g)	食物繊維 総量 (g)	炭水化物 エネルギー 比率(%)	脂肪 エネルギー 比率(%)	たんぱく質 エネルギー 比率(%)
						A(μg) (RAE当量)	B1(mg)	B2(mg)	C(mg)					
給与栄養 目標量														
給与栄養 （実際）														
4 給与栄養目標量に対する給与栄養量(実際)の内容確認及び 評価							☐ 実施している（ ☐ 毎月 ☐ 報告月のみ ） ☐ 実施していない							
5 栄養改善の実施							☐ 有 ☐ 無							
5－2 有の場合 内容（複数可）							☐ 有病者の治療 ☐ 摂食・嚥下機能の改善 ☐ 適正体重者の増加 ☐ 食事摂取の適正化 ☐ 利用者の満足度の向上 ☐ 品質管理の向上 ☐ その他（ ）							

Ⅶ 栄養・健康情報提供		☐ 有 ☐ 無（有の場合は下記にチェック）		Ⅷ 栄養指導		☐ 有 ☐ 無（有の場合は下記に記入）		
☐ 栄養成分表示 ☐ 献立表の提供 ☐ 卓上メモ ☐ ポスターの掲示 ☐ 給食たより等の配布 ☐ 実物展示 ☐ 給食時の訪問 ☐ その他（ ）					実施内容		実施数	
				個別	糖 尿 病		延 人	
					脂 質 異 常 症		延 人	
					高血圧・心臓病		延 人	
							延 人	
				Ⅸ 課題と評価 ☐ 有 ☐ 無（有の場合は下記に記入）				
(栄養課題)							延 人	
(栄養課題に対する取組)				集団			回 人	
							回 人	
							回 人	
							回 人	
(施設の自己評価)				Ⅹ 東京都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）				
				(Ⅵ－3の食事について記入)		目標量	提供量	
				野菜の一人当たりの提供量（ ☐ 1食 ☐ 1日）		g	g	
Ⅺ 委託		☐ 有 ☐ 無（有の場合は下記に記入）		果物の一人当たりの提供量（ ☐ 1食 ☐ 1日）		g	g	
名称				作成者	所属			
電話 FAX					氏名			
委託内容： ☐ 献立作成 ☐ 発注 ☐ 調理 ☐ 盛付 ☐ 配膳 ☐ 食器洗浄 ☐ その他（ ）					電話 FAX			
					職種： ☐ 管理栄養士 ☐ 栄養士 ☐ 調理師 ☐ その他（ ）			
委託契約内容の書類整備： ☐ 有 ☐ 無				保健所記入欄		特定給食施設・その他の施設（施設番号） 健康増進法第21条による管理栄養士必置指定 ☐ 有		