

栄養管理報告書

平成 年 月 日

五島保健所長 様

施設名
所在地 〒
電話() - FAX() -
設置者名
施設長名 (施設管理者名) 印

長崎県健康増進法施行細則第6条に基づき、平成 年度の給食施設及び栄養管理状況を報告します。

1. 給食管理者	職名	氏名	2. 給食対象者							
3. 施設の種類の	学校(単独校・共同調理場) 病院 介護老人保健施設 老人福祉施設 児童福祉施設 社会福祉施設 事業所 寄宿舍 矯正施設 自衛隊 一般給食センター その他()									
4. 給食対象定員ならびに平均食数		定員	在籍者数(12/1現在)	平均食数(11月中の平均)						
	1 患者、入所者 児童、生徒等	人	人	朝食 食 昼食 食 夕食 食 一日合計食数 食						
	2 配食	人	人	食 食 食 食						
	3 デイサービス	人	人	食 食 食 食						
	4 職員食	人	人	食 食 食 食						
	5 その他	人	人	食 食 食 食						
	合計	人	人	食 食 食 食						
5. 給食従事者数 (人)	6. 給食従事者名									
職種	直 営		委 託		組織上の職名	氏 名	免許の種類	組織上の職名	氏 名	免許の種類
	常勤	非常勤	常勤	非常勤						
管理栄養士										
栄養士										
調理師										
調理員										
事務職員										
計	人	人	人	人						
7. 給食材料費	1人1日当たりの費用 円				10. 運営方法	・直営 ・委託(一部 全部)				
8. 給食に関する検討・調査	会議・委員会	前年度中 回・未実施				委託先(委託運営の場合は記入)				
	残菜調査	毎食実施・随時実施・未実施				委託会社名				
	満足度調査	前年度中 回・未実施				所在地				
9. 衛生管理	研修会参加	前年度中 回・延べ 人			契約期間	年 月 ~ 年 月 (更新契約の場合 期目)				
	健康診断	年に 回・未実施			委託内容	献立作成 発注 調理				
	検便	月に 回・未実施				盛り付け 配膳 食器洗浄				
	害虫駆除	年に 回・未実施				その他()				
保存食	日間保存・未実施									

(裏面の記入もお願いします)

11. 危機管理

(1) 事故時対策システム	食事対応マニュアル	あり・なし	(食事確保の体制ありの場合) * 該当するものに ・協定業者対応 (業者名) ・系列施設対応 (施設名) ・災害用の非常食を利用 ・その他 ()
	食事確保の体制	あり・なし	
(2) 災害時対策システム	食事対応マニュアル	あり・なし	(非常食の確保体制ありの場合) 非常用献立 あり・なし 備蓄食の種類 主食 () その他 () 備蓄食数 ()食分×()回×()日分 備蓄水分 飲水用 L 調理用 L
	非常食の確保体制	あり・なし	

12. 喫食者に対する栄養指導・情報提供 (前年度の実施分)

個別指導	実施 (延べ 人) ・ 未実施	集団指導	実施 (延べ 回) ・ 未実施
献立表の配布・掲示	実施 未実施	栄養成分の表示	実施 未実施
その他の情報提供			

13. 栄養管理状況 (特定給食施設は必ず記入。その他の給食施設は別紙記入要領に従って記入。)

(1) 給与栄養目標量			(2) 栄養比率			
	給与栄養目標量 算出 年 月	実施給与栄養量	PFC比 = : :			
エネルギー	kcal	kcal	(たんぱく質:脂質:炭水化物)			
たんぱく質	g	g	(3) 個人レベルの栄養管理評価			
脂 質	g	g	栄養アセスメントの実施	全員に実施		
炭水化物	g	g		一部の人に実施 (名)		
ビタミンA* (レチノール当量)	μgRE	μgRE		未実施		
ビタミンB1	mg	mg	(4) 喫食者の体型の状況			
ビタミンB2	mg	mg	測定日	やせ	普通	肥満
ビタミンC	mg	mg	年 月	%	%	%
カルシウム	mg	mg	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 【作成者】 所 属: 氏 名: 職 種: 管理栄養士 栄養士 調理師 調理員 その他 </div>			
鉄	mg	mg				
食塩	g	g				
食物繊維	g	g				