

栄養管理報告書

令和 年 月 日

県央保健所長様

施設名
所在地 〒
電話() - FAX() -
電子メールアドレス:
設置者名 施設長名 (施設管理者名)

長崎県健康増進法施行細則第6条に基づき、令和 7 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	学校(単独校・共同調理場) 病院 介護老人保健施設 介護医療院 老人福祉施設 児童福祉施設 社会福祉施設 事業所 寄宿舎 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	在籍者数 (12/1現在)	定員	平均食数(11月中の平均)					
			朝食	昼食	夕食	一日合計食数		
			1 患者、入所者 児童、生徒等	人	人	食	食	
			2 配食	人	人	食	食	
			3 デイサービス	人	人	食	食	
			4 職員食	人	人	食	食	
	5 その他	人	人	食	食			
合 計	人	人	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	
	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)	
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・隨時実施・未実施					委託会社名		
	満足度調査 前年度中 回・未実施					所在地		
	研修会参加 前年度中 回・延べ 人					契約期間 (更新契約の場合 期目)		
9. 衛生管理	健康診断 年に 回・未実施					委託内容	年 月 ~ 年 月	
	検便 月に 回・未実施				献立作成		発注	調理
	害虫駆除 年に 回・未実施				盛り付け		配膳	食器洗浄
	保存食 日間保存・未実施				その他()			

(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()
	非常食の確保体制	あり・なし	備蓄食数 ()食分 × ()回 × ()日分 備蓄水分 飲水用 L 調理用 L

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= : : (たんぱく質:脂質:炭水化物)			
エネルギー	kcal	kcal				
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	【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			
鉄	mg	mg				
食塩	g	g				
食物繊維	g	g				