様式第4号イ

年　　月　　日

その他の給食施設栄養管理状況報告書(病院・介護老人保健施設・老人福祉施設・社会福祉施設)

岩手県　　　保健所長　様

施設名

所在地

管理者　職・氏名

岩手県特定給食施設等指導要領により、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 施設の種類 | □病院　□介護老人保健施設・　□介護医療院　□老人福祉施設　□社会福祉施設 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 給食対象者数 | 許可病床数：　　　　　　　　床　　　定員：　　　　　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 運営形態 | □直営　　　□完全委託　　　□一部委託 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委託内容　□献立作成　　　□材料購入　　　□調理　　　□配膳　　　□下膳　　　□食器洗浄 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委託事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 契約日　　　　　　年　　月　　日　　　契約書の有無　　□有　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 給食数 | 区分 | | | 朝食(1回) | | | 昼食(1回) | | | 夕食(1回) | | 計(1日) | | | 備考 | | |
| 一般食(常食) | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 一般食(その他) | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 特別治療食・療養食 | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 小計 | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 職員食 | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| その他(　　　　　　　) | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 小計 | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 合計 | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 5 給食従事者 | 区分 | | 管理栄養士 | | 栄養士 | | | 調理師 | | | 調理員 | | | その他 | | | 計 |
| 施設側 | 常勤 |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 非常勤 |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 委託先 | 常勤 |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 非常勤 |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 管理栄養士氏名 | | 名簿登録番号 | | | 区分 | | | 栄養士氏名 | | | | 名簿登録番号 | | | 区分 | |
|  | |  | | | 施設　委託 | | |  | | | |  | | | 施設　委託 | |
| 6 対象者の把握 | 栄養管理計画・栄養ケアマネジメントの実施　　　　□有(全員・一部)　　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 無の場合把握している項目 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □性別　　□年齢　　□身体活動レベル　　□身長　　□体重 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □疾病治療状況　　　□摂食嚥下機能　　　□食形態 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □生活習慣(食習慣、運動習慣、飲酒、喫煙習慣等)　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 嗜好調査の実施 | 嗜好調査の実施　□有　　　頻度(　　)回／年　　　　　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有の場合　　　□全員を把握　　　□一部を把握　　　□把握方法(　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 給与栄養目標量の  設定 | 給与栄養目標量の設定　□有　(　　)回／年　　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 設定根拠： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 給食の品質管理 | 予定献立作成　　□有　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 献立作成表　　　　　　　　　　　　　　　　　　事前決裁　　□有　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記載事項　　　□献立名　　　　□食品名　　　　□分量　　　　□調味料の分量 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □栄養価　　　　□その他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 献立変更後の実施内容の記録　　　　　□有　　　　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 献立変更後の給与栄養量の算出　　　□有　　　　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検食の実施　　　□有　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検食実施者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記録　□有　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 喫食状況の把握　　　□有　　　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施頻度：　　□年　　　□月　　　□週(　　　)回 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調査方法：　　□個人別に評価している　　　　　□全員を評価している　　　　　□一部を評価している | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □全体的に評価している | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □その他(具体的に)： | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 栄養給与目標量  　・給与栄養量 |  | | | | 給与栄養目標量 | 給与栄養量 |  | | | 給与栄養目標量 | 給与栄養量 |
| 一般食・常食 | エネルギー　　　(㎉) | | |  |  | ビタミンA　　(㎍RAE) | | |  |  |
| たんぱく質　　　(ｇ) | | |  |  | ビタミンB1　　　(㎎) | | |  |  |
| 脂質　　　　　　(ｇ) | | |  |  | ビタミンB2　　　(㎎) | | |  |  |
| 炭水化物　　　　(ｇ) | | |  |  | ビタミンC　　　 (㎎) | | |  |  |
| 食物繊維　　　　(ｇ) | | |  |  | 食塩相当量　　 　(ｇ) | | |  |  |
| カリウム　　　　(㎎) | | |  |  | エネルギー産生栄養素バランス | | | | |
| カルシウム　　　(㎎) | | |  |  |  | | | 目標値 | 給与量 |
| マグネシウム　　(㎎) | | |  |  | たんぱく質　 　(%E比) | | |  |  |
| 鉄　　　　　　　(㎎) | | |  |  | 脂質　　　　　 (%E比) | | |  |  |
| 亜鉛　　　　　　(㎎) | | |  |  | 炭水化物　　 (%E比) | | |  |  |
| 11 標準食品構成 | 一人一回(日)当たり標準食品構成表　　　　　　　□有　　　　　　　□無 | | | | | | | | | | |
| 12 対象者等への  　 健康・栄養情報の  提供 | 献立表の掲示　　　　　□有　　　　　□無 | | | | | | | | | | |
| □事前に予定献立を掲示　　　　　□当日掲示　　　　　□事前に予定献立を配付 | | | | | | | | | | |
| 献立表への栄養成分表示　　　　□有　　　　　□無 | | | | | | | | | | |
| □エネルギー　　　□たんぱく質　　　□脂質　　　□食塩相当量　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 栄養情報の提供　　　　□有　　　　□無 | | | | | | | | | | |
| □食育だより　　　□実物(写真)展示　　　□給食時間の訪問　　　□ホームページ | | | | | | | | | | |
| □卓上メモ　　　　□ポスター展示　　　　□リーフレット配付　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 13 栄養指導・栄養  　 教育の実施 |  | | | 入院・入所者 | 外来・通所者 | 訪問 | 主な内容 | | | | |
| 集団 | | | 回 | 回 |  |
| 人 | 人 |
| 個別 | | | 人 | 人 | 人 |
| 14 施設の  　 自己評価 | 栄養管理における課題 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 課題に対する改善策及び工夫 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 15 管理栄養士等が  　 参画するチーム  　 医療の実施状況 | □有　　　　□無  　連絡先：　□ | | | | | | | | | | |
| □ＮＳＴ　　□褥瘡対策　　　□摂食・嚥下　　　□感染対策　　　□透析 | | | | | | | | | | |
| □緩和ケア　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 16 栄養管理等に  関する地域連携 | □有　　　　□無 | | | | | | | | | | |
| 連絡先：　□医療機関　　　□福祉施設　　　□市町村　　　□その他 | | | | | | | | | | |
| 内容：　　□入院(入所)前の情報入手　　　　□退院(退所)時の情報提供 | | | | | | | | | | |
|  | □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 17 給食運営、栄養  　 管理に関する  　 会議 | □定期的に実施　　実施頻度　　□年　　　□月　　　□週(　　　　　)回　　　　　記録の有無　□有　　　　□無 | | | | | | | | | | |
| 会議構成員　□管理者　　□医師　　□管理栄養士・栄養士　　□看護師　　□介護職員 | | | | | | | | | | |
| □調理師・調理員　　　□委託側職員　　□事務職員　　□その他 | | | | | | | | | | |
| □不定期に実施　　　前年度の実施回数　(　　　)回 | | | | | | | | | | |
| □実施していない | | | | | | | | | | |
| 18 人材育成 | 施設外での研修受講 | | | | □無　　　□有　　管理栄養士・栄養士(　　　)回　　調理師・調理員(　　　)回 | | | | | | |
| 施設内での研修開催 | | | | □無　　　□有　　主な内容 | | | | | | |
| 学会や研究会での発表 | | | | □無　　　□有　　主な内容 | | | | | | |
| 19 危機管理(1)  　 対応体制状況 | 災害時 | | 食事提供マニュアル　　　□有　　　□無 | | | | | 事故等  (食中毒・感染症等含む) | 食事提供マニュアル　　　□有　　　□無 | | |
| 連絡網　　　　　　　　　□有　　　□無 | | | | | 連絡網　　　　　　　　　□有　　　□無 | | |
| 訓練の実施　　　　　　　□有　　　□無 | | | | | 訓練の実施　　　　　　　□有　　　□無 | | |
| 他施設等との連携　　　　□有　　　□無 | | | | | 他施設等との連携　　　　□有　　　□無 | | |
| 20 危機管理(2)  　 施設整備状況 | 設備 | | 水(調理用)　　　　　　　□有　　　□無 | | | | | 備蓄食品 | 非常時献立　　　　　　　□有　　　□無 | | |
| 熱源　　　　　　　　　　□有　　　□無 | | | | | 非常食の備蓄　　　　　　□有　　　□無 | | |
| 調理器具　　　　　　　　□有　　　□無 | | | | | (　　人分×　　食) | | |
| 食器　　　　　　　　　　□有　　　□無 | | | | | 保管施設の周知　　　　　□有　　　□無 | | |
| 報告書作成者　　　　　　所属　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | | | | | | |
| 職名　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail | | | | | | | | | | | |

備考

　　1　配送の場合は、配送先一覧を添付すること。

　　2　管理栄養士及び栄養士について欄外に書ききれない場合は、名簿を添付すること。

　　3　食品構成表を作成している施設は、基準量及び6月実施分の平均使用量に関する資料を添付すること