

栄養管理報告書チェックポイント（病院・介護施設等）

町田市保健所

栄養管理報告書（病院・介護施設等）

5月・11月（報告月）の内容を翌月15日までに町田市保健所へ両面印刷で提出してください。
 ※特定給食施設は2部、その他の給食施設は1部
 ※お手元に必ず控えを残してください

保健所長 殿

年 月分

施設種類に○を付ける。

報告月の一人1日当たりの平均食材料費を記入する。

電話番号

<定数または定員> 許可病床数または入所定員（ショートステイ含む）のみ記入。※通所施設は通所定員。
 <1日平均利用者数合計> ティサービス・配食サービス等を含める。ただし、職員食は含めない。

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	食材料費	円	<input type="checkbox"/> 食材料費 <input type="checkbox"/> その他含	定数又は定員	床（人）
2 介護老人保健施設	給食延べ数（食）				
3 介護医療院	一般食	常食		1日平均利用者数合計	人
4 老人福祉施設		その他			
(特別養護老人ホーム・通所介護施設・その他高齢者施設)	その他	療養食(特別食)		再掲 ティサービス	人
5 その他		職員食・その他		ショートステイ	人
(有料老人ホーム等)	合計			その他 ()	人
				()	人

III 給食従事者数		IV 利用者の把握・調査	
管理栄養士	・1日平均ではなく、報告月に提供した延べ食数を記入 ・一般食の常食とその他は主食で区分 ・合計欄を記入	年1回以上、施設が把握しているもの <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 身体活動レベル <input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/> 血清ア <input type="checkbox"/> 生活習慣（給食以外の食事状況、運動・飲酒） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
栄養士		「1日平均利用者数」のうち、定数または定員以外の人数の内訳を「再掲」に記入	
調理師		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 <input type="checkbox"/> 実施している（ <input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 一部） （頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> __回/月 <input type="checkbox"/> __回/年） <input type="checkbox"/> 実施していない	
調理作業員		2 嗜好・満足度調査 <input type="checkbox"/> 実施している（頻度 回/年） <input type="checkbox"/> 実施していない （頻度 回/年）	
その他		3 その他（ ）	
合計			

V 給食の概要	
1 給食会議	<input type="checkbox"/> 有（頻度： 回/年） <input type="checkbox"/> 無 1-2 有の場合 構成委員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師・調理担当 <input type="checkbox"/> 施設長・利用者 <input type="checkbox"/> 介護・看護担当者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
2 衛生管理	衛生管理マニュアルの活用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 衛生点検表の活用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食中毒発生時マニュアル <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 災害時マニュアル <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3 非常時危機管理対策	③食品の備蓄 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ④他施設との連携 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4 栄養ケア・マネジメントの実施	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 全員・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 無
5 NSTの導入（病院のみ記入）※	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> __種類 <input type="checkbox"/> 個別に作成 <input type="checkbox"/> 作成していない <input type="checkbox"/> 毎月設定 <input type="checkbox"/> 3か月に1回設定 <input type="checkbox"/> その他（ ）

施設で設定している給与栄養目標量の種類数（食種の数）を記入する。
 個別に作成・提供している場合は、個別に作成にチェック。

*裏面へ→

幅で設定している場合:中央値を記入
設定していない場合:斜線を引く

エネルギー比率は小数点第一位まで記入する。
また、エネルギー比率の合計が100になっていることを確認する。
炭水化物エネルギー比率 = 100 - (たんぱく質エネルギー比率 + 脂肪エネルギー比率)

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対して記入)

(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													
給与栄養量 (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
- 適正体重者の増加
- 利用者の満足度の向上
- その他 ()
- 摂食・嚥下機能の改善
- 食事摂取の適正化
- 品質管理の向上

VII 栄養・健康情報提供 有 無 (有の場合は下記にチェック)

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

給食時の訪問 その他 ()

VIII 栄養指導 有 無 (有の場合は下記に記入)

	実施内容	実施数	
		延	人
個別	糖尿病	延	人
	脂質異常症		
	高血圧・心臓病		
集団		延	人
		延	人
		延	人
		回	人
		回	人
		回	人

IX 課題と評価 有 無 (有の場合は下記に記入)

(栄養課題)

(栄養課題に対する取組)

(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 (<input type="checkbox"/> 1食 <input type="checkbox"/> 1日)	g	g
果物の一人当たりの提供量 (<input type="checkbox"/> 1食 <input type="checkbox"/> 1日)	g	g

XI 委託 有 無 (有の場合は下記に記入)

名称

電話 FAX

委託内容 : 献立作成 発注 調理 盛付 配膳 食器洗浄 その他 ()

委託契約内容の書類整備 : 有 無

保健所記入欄

所属

作成者 氏名 電話 FAX

職種: 管理栄養士 栄養士 調理師 その他 ()

特定給食 健康増進

チェック漏れや記載漏れ、計算ミスはありませんか? 期限内の提出をお願いいたします。