

(表)

年 月 日

久留米市保健所長 宛て

給食施設栄養報告書(社会福祉・介護保険施設用) (年 月分)

施設名

所在地

管理者名(職種・氏名)

久留米市健康増進法施行細則第8条又は第10条第2項の規定により、次のとおり栄養管理の状態を報告します。

施設種別	1 社会福祉施設 2 介護保険施設(1老人保健 2老人福祉) 3 介護医療院 4 その他()								
栄養管理部門の 理念・方針・目標 1 有 2 無	1 利用者の生活の質(QOL)の向上を目指す。 2 生活習慣病の予防を図る。 3 望ましい食生活を目指す。 4 低栄養の予防を図る。 5 その他()								
栄養管理等に ついて検討する 会 1 有 2 無	[実施回数] ()回								
	[構成] 1 管理者 2 給食担当者 3 管理栄養士 4 栄養士 5 介護担当者 6 看護師 7 調理師又は調理員 8 利用者 9 給食事務 10 その他() 合計 人								
	[目的] 1 給食及び栄養管理に関する課題及び問題の検討 2 管理者、他部門等との情報交換及び連携の場 3 苦情の処理 4 献立の検討 5 栄養ケア計画の検討 6 その他()								
運 営 方 法 1 直営 2 委託	委 託 先	名称							
		施設担当責任者氏名							
		委託内容	1 献立作成 2 材料購入 3 調理 4 配膳 5 下膳 6 食器洗浄 7 施設外調理 8 栄養指導 9 その他()						
従事者の研修会 1 有 2 無	[実施回数] ()回 [主な研修内容] ()								
1日給食人員数		食事時間		1 日 食 数 内 訳	一般食		療養食		
入 所 者	人	内 訳	朝 食		人	食種名	食数	食種名	食数
			昼 食		人	常食			
			夕 食		人	軟食			
			その他		人	流動食			
通所ダイサービス			人						
配 食 サ ー ビ ス			人						
そ の 他 ()			人						
職 員	人	内 訳	朝 食		人				
			昼 食		人				
			夕 食	人					
総合計									
栄養アセスメント	1 実施	実施項目	1 身長(): 2 体重(): 3 BMI(): 4 体重減少率(): 5 血清アルブミン値(): 6 食事摂取量(): 7 褥そう(): 8 摂食・嚥下障害():						
	2 未実施	様式・記録	有・無						

		栄養ケア計画作成		経口維持加算		経口移行加算		
栄養ケア体制		1 実施 ()人		1 実施 ()人		1 実施 ()人		
		2 未実施 ()人		2 未実施		2 未実施		
栄養教育状況	献立表の提示		1 実施		2 未実施			
	栄養成分表示		1 実施 表示成分：エネルギー・たんぱく質・脂質・塩分 その他()					
			2 未実施					
	栄養情報の提供		1 リーフレット	2 ポスター		3 卓上メモ		4 その他()
	栄養指導			入所者	通所者	内 容		
個別指導		人	人	入所者()・通所者()				
集団指導		回	回	入所者() 通所者()				
基準と栄養量	栄養素名		給与栄養 目 標 量	実施給与 栄 養 量				
	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A (μg)							
	ビタミンB1 (mg)							
	ビタミンB2 (mg)							
	ビタミンC (mg)							
	たんぱく質エネルギー比 (%)							
	脂質エネルギー比 (%)							
	炭水化物エネルギー比 (%)							
	*食物繊維 (g)							
	*塩分(食塩相当量) (g)							
	*							
			*の欄は、記載されている項目以外で算出している栄養素があれば記入してください。					
食材料費(報告月の1人1日あたりの平均、税込み) [] 円					その他			
備蓄の状況 有・無		・備蓄()人分を()日分備蓄 ・献立表の作成 有・無 (いずれか○で囲む。) ・保管場所()			内容			
自己評価及び改善課題								

報告書作成者	電話番号	FAX	部署名	職種名	氏名
施設側・委託側					