様式第４号の１（特定給食施設以外の給食施設）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （表面）

給食実施状況報告書（　　月分）

（病院・介護老人保健施設・介護医療院・特別養護老人ホーム用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

宇都宮市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設の所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（職・氏名）

次のとおり給食実施状況を報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管　　理　　体　　制 | 施設種類 | | □ 病院　　□ 介護老人保健施設　　□ 介護医療院　　□ 特別養護老人ホーム | | | | | | | | | | | | | |
| 給食運営方式 | | □ 直営　　　　　　□ 委託 | | | | | | | | | | 委託内容 | | | |
| 委託先 | 名称 |  | | | | | | | | | | □ 献立作成　　□ 発注  □ 納品確認　　□ 調理  □ 配膳・下膳　□ 食器洗浄  □ その他（　　　　　　　） | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 代表者名 |  | | | | | | | | | |
| 施設責任者 |  | | | | | | | | | |
| 患者・入所者等の  病床（定員）数 | | 許可病床数 | | | | 床 | | | | ショートステイ | | | | 人 | |
| 入所定員 | | | 人 | | | | | その他(　　　) | | | | 人 | |
| デイサービス | | | 人 | | | | | 合　計 | | | | 人 | |
| 一日あたりの食数 | 区分 | 朝　食 | | 昼　食 | | | | 夕　食 | | | 合　計 | | | 備　　考 | |
| 患者・入所者等 |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 職員等 |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| その他（　　　） |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 合　　計 |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 給食従事者 | 区分 | 設置者 | | | | | 受託者 | | | | 合　計 | | | | 備　考 |
| 常勤 | 非常勤 | | | | 常勤 | | 非常勤 | | 常勤 | | 非常勤 | |
| 管理栄養士 |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 栄養士 |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 調理師 |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| その他の調理従事者 |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| その他 |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 合　　計 |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| ※１  給食管理に関する  会議 | | 名　称［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | | | | | | | | | | |
| 構成員［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | | | | | | | | | | |
| 実施回数（　　　　　　）回／年　　　　会議録（　□ 有　・　□ 無　） | | | | | | | | | | | | | |
| ※２  給食関係者の研修 | | □ 独自で実施　（　　　　　）回／年  □ 他で実施する研修に参加　（　　　　　）回／年 | | | | | | | | | | | | | |
| ※３  調査等の実施 | | □ 嗜好調査（　　　　　）回／年　　　□ 残食調査（　　　　　）回／年  □ そ の 他［　　　　　　　　　　　　　　　　　］（　　　　　）回／年 | | | | | | | | | | | | | |

　※１，※２，※３　　５月分の報告書に前年度1年間（4月～3月）の実施状況を記入してください。

（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 喫食者の把握等 | 喫食者の身体状況  生活習慣等の把握 | □ 性別　　□ 年齢　　□ 身長　　□ 体重　　□ ＢＭＩ　　□ 肥満度  □ 身体活動レベル  □ 生活習慣（給食以外の食事，運動や飲酒の習慣等）  □ 疾病・治療の状況（検査結果・食物アレルギー等）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 食物ｱﾚﾙｷﾞｰの対応 | □ 有　［ □ 除去　　□ 代替　　□ 献立情報提供　］　□ 無（対応者なし） | | | | | | | |
| 実施計画・食事の提供・評価等 | １人１日あたりの食品群及び栄養素の目標量及び給与量  目標設定の対象者【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | |
| 食品群 | 目標量（ｇ） | 給与量（ｇ） | 栄養素 | | | 目標量 | 給与量 | |
| 穀類 |  |  | エネルギー | | | (kcal) | (kcal) | |
| いも及びでんぷん類 |  |  | たんぱく質 | | | （g） | （g） | |
| 砂糖類 |  |  | 脂質 | | | （g） | （g） | |
| 豆類 |  |  | カルシウム | | | （mg） | （mg） | |
| 種実類 |  |  | 鉄 | | | （mg） | （mg） | |
| 緑黄色野菜 |  |  | ビタミンＡ | | | （㎍RAE） | （㎍RAE） | |
| その他の野菜 |  |  | ビタミンＢ１ | | | （mg） | （mg） | |
| 果実類 |  |  | ビタミンＢ２ | | | （mg） | （mg） | |
| きのこ類 |  |  | ビタミンＣ | | | （mg） | （mg） | |
| 藻類 |  |  | 食塩相当量 | | | （g） | | （g） |
| 魚介類 |  |  | たんぱく質ｴﾈﾙｷﾞｰ比（Ｐ） | | | （％） | | （％） |
| 肉類 |  |  | 脂質ｴﾈﾙｷﾞｰ比（Ｆ） | | | （％） | | （％） |
| 卵類 |  |  | 炭水化物ｴﾈﾙｷﾞｰ比（Ｃ） | | | （％） | | （％） |
| 乳類 |  |  | 情 報 提 供 | 栄養・健康情報の提供　　□ 有　　□ 無 | | | | |
| 油脂類 |  |  | □ 栄養成分表示（熱量，たんぱく質，脂質，食塩等）  □ 献立表の提供　　　　　□ 卓上メモ  □ 給食だより等の配布　　□ ポスターの掲示  □ 参考メニューの紹介や展示食等  □ その他の情報提供（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 菓子類 |  |  |
| し好飲料類 |  |  |
| 調味料及び香辛料類 |  |  |
| その他 |  |  |
| 緊急時・災害時の対応 | | 緊急時・災害時の対策マニュアルの整備　　□ 有　　　　　　　　　　　□ 無  非常時の食料等の備蓄　　　　　　　　　　□ 有（　　　　　）日分　　□ 無 | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | 記入者（所属・職・氏名） | | | |