

施設No. - 【 年度】

※ 宛名ラベルの右下の番号です

栄養管理状況報告書（病院・介護施設等 以外）

（学校、事業所、児童福祉施設、寄宿舎、矯正施設、自衛隊、一般給食センター、その他）

年 月 日

熊本市保健所長 （宛）

設置者

（法人にあつては名称、代表者役職 及び 代表者名）

熊本市健康増進法施行細則第6条の規定により、次のとおり報告します。

施 設 名		施 設 種 類	1 学校 2 事業所 3 児童福祉施設 4 寄宿舎 5 矯正施設 6 自衛隊 7 一般給食センター 8 その他（ ）
所 在 地	熊本市 区	管 理 者 名	役職名 氏名
管理栄養士 必置指定	1 該当 2 非該当	運営方式	1 直営 2 委託（全面・一部）
連絡先	電話番号	F A X 番号	

A 基 本 情 報	給食従事者数		施設側（人）		委託先（人）		委託先（委託有の場合は記入）		
			常勤	非常勤	施設 専属	他施設兼務 兼務している施設名			
	管理栄養士							名称	
	栄 養 士							所在地	
	調 理 師							施設担当者名	
	調理作業員							委託内容 （複数可）	1 献立作成 2 材料購入 3 調理、盛付 4 配膳、下膳 5 食器洗浄 6 その他（

B 体 制 整 備	従事者の人材育成	職 種（複数可）	1 管理栄養士／栄養士 2 調理師／調理作業員 3 その他（ ） 4 なし							
		方 法（複数可）	1 研修会の参加（施設内・施設外） 2 計画的な現場教育（OJT）の実施 3 その他（ ）							
	非常時への備え	マニュアル		他施設との連携体制		施設の備蓄		備蓄の量		
1 有 2 無		1 有 2 無		1 有 2 無		()人分を()日分				
C ア セ ス メ ン ト ・ 計 画 ・ 評 価	給食対象者の把握	内 容 （複数可）	1 性別 2 年齢 3 身長 4 体重 5 BMI（カウプ指数） 6 生活習慣 7 生化学的検査値 8 その他（ ） 9 実施なし							
	提供した食事の評価 ＊喫食者又は利用者（全食種）を対象	内 容 （複数可）	1 摂食量状況 2 体重変化量、BMI 3 生活習慣改善状況 4 その他（ ） 5 実施なし							
		結果の活用方法 （複数可）	1 給与栄養目標量の見直し 2 献立の見直し 3 食事の種類の見直し 4 栄養教育の見直し 5 食環境の見直し 6 その他（ ）							
	献立内容の評価 ＊喫食者又は利用者（全食種）を対象	評価方法 （複数可）	1 個別ヒアリング 2 アンケート 3 全体の残食調査 4 その他（ ）							
D 実 施	基本となる食種の栄養摂取状況 【食】（9月～11月実績、1人1日平均）				施設基準の作成年月		年 月作成			
	栄養素名等	施設基準（栄養量）	給与栄養量				施設基準	実施値		
	エネルギー	kcal	kcal		タンパク質エネルギー比率		%	%		
	たんぱく質	g	g		脂質エネルギー比率		%	%		
	脂質	g	g		炭水化物エネルギー比率		%	%		
	ビタミンA	μgRE	μgRE		給与栄養量算出根拠		1 日本人の食事摂取基準 2 治療ガイドライン 3 その他（ ）			
	ビタミンB ₁	mg	mg							
	ビタミンB ₂	mg	mg							
	ビタミンC	mg	mg		見直しの頻度		1 年1回 2 年2～3回 3 年4～6回 4 年7～11回 5 年12回以上			
	カルシウム	mg	mg							
	鉄	mg	mg							
	食物繊維	g	g							
	食塩相当量	g	g							
	カリウム	mg	mg							
	個人に合わせた対応	内 容 （複数可）	1 量の調整（主食・副菜・主菜） 2 機能に応じた形態調整 3 アレルギーへの対応 4 栄養補助・強化食品利用 5 その他（ ） 6 なし							
	H A C C P に沿った 衛生管理の実施	衛生管理計画書		1 有 2 無						
		衛生管理計画書に基づく記録		1 有 2 無						
	対象者への健康・栄養情報の提供 ＊利用者又は入所者(全食種)を対象	内容 （複数可）	1 疾病予防 2 適正なBMI・体重 3 健康的な食生活・食習慣 4 その他（ ）							
		献立表の掲示	1 有 2 無				モデル的な組合せ提示		1 有 2 無	
		献立の栄養成分表示	1 有 2 無				献立の食事バランスガイド表示		1 有 2 無	
主食量の調整		1 有 2 無				ドレッシング等の調整		1 有 2 無		
栄養教育 （年間）		個 別		集 団		記録		1 有 2 無		
		回 数	延人数	回 数	延人数					
	回	人	回	人						
E 改 善	施設の自己評価 今後改善したいことなど	(施設管理者等)								
		(栄養管理等担当者)								
記入者		所属 (施設・委託)	職名		氏名		T E L			
最終確認者 (自筆)		所属 (施設)	職名		氏名		T E L			