

奈良県 保健所長 殿

給食施設設置者

住所

氏名

(法人にあっては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者氏名)

健康増進法第18条第1項第2号・3号及び法第22条の規定により、下記のとおり報告します。

基本情報	施設名				施設種類		事業所		寄宿舍		その他 (右に記入)				
					TEL										
	所在地	〒			FAX										
					e-mail										
	管理者名	職	氏名		健康増進法第21条第1項の指定				有		無				
	給食担当責任者 (施設側)	部署名			給食の運営方式				委託あり		委託なし				
		職	氏名		(注1)有の場合は下記に記入										
	給食従事者数 (0の場合も0と記入)	施設側(人)		委託先(人)		(注1)委託業者等について記入してください									
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	名称									
	管理栄養士					所在地									
栄養士					代表者氏名										
調理師					受託責任者	職種		氏名							
調理員					委託内容	献立作成		材料購入		調理		盛付			
その他							配膳		下膳		食器洗浄		施設外調理		
合計						その他									
食数 (前月一日平均)	朝食		昼食		夕食		その他		合計			備考			
体制整備	栄養管理部門の 位置づけ		福利 厚生部		総務部		庶務部		その他 (右に記入)		組織図		有		無
	給食運営の方針 および目標の設定		有		無	有の場合、施設全体での周知はしているか				はい		いいえ			
		内容(複数選択可)			QOLの向上		疾病の改善			健康の保持増進		適切な栄養素の摂取			
		*ただし施設内で周知しているもの			楽しい食事		安心安全な食事			適価での提供		その他 (右に記入)			
	栄養管理等に関 する会議 (給食関係会議)	名称													
		目的													
		開催回数	年	回											
		構成職種	施設長		栄養管理部門責任者		管理栄養士・栄養士		調理師(員)		責任者		喫食者代表		
	健康管理室スタッフ		その他 (右に記入)												
	委託業者:		栄養士		調理師(員)		本社担当者		その他 (右に記入)						
従事者の研修(人材育成)	管理栄養士(栄養士)		参加回数	回/年	内容		栄養関係	疾病関係	衛生関係	その他	その他内容				
*施設内研修を含む	調理師(員)		参加回数	回/年	内容		栄養関係	疾病関係	衛生関係	その他	その他内容				
*前年度実績	委託業者が実施する研修会等の参加実績および内容の確認										有	無			
計画	従業員の性、年齢別人数	15~17歳		18~29歳		30~49歳		50~69歳		70歳以上		合計			
	*事業所の場合のみ記入してください	男													
		女													
		合計													

計 画	生徒の肥満とやせの割合 (学生寮等の寄宿舎の場合) 測定月: 月	肥満 +20%以上	人 %	ふつう	人 %	やせ -20%以下	人 %	判定方法: 学校における健康診断の結果	
	従業員の肥満とやせの割合 (事業所・社員寮等の場合) 測定年月: 年 月 (*)100人以上の事業所のみ記入して下さい	肥満 BMI25以上	人 %	ふつう	人 %	やせ BMI18.5未満	人 %	判定方法: BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	
	栄養量および食品構成	栄養目標の算出方法 :							
	栄養量	給与栄養目標量	実給与栄養量	食品構成	食品群別目標量(g)	平均給与量(g)			
	エネルギー (kcal)			米					
	たんぱく質 (g)			小麦・麦					
	脂質 (g)			いも類					
	カルシウム (mg)			砂糖類					
	鉄 (mg)			豆類・大豆製品					
	ビタミンA (μgRAE)			緑黄色野菜					
	ビタミンB ₁ (mg)			その他の野菜					
	ビタミンB ₂ (mg)			果実類					
	ビタミンC (mg)			海藻類					
	食物繊維 (g)			魚介類					
	食塩相当量 (g)			肉類					
			卵類						
			牛乳・乳製品						
たんぱく質エネルギー比(%)			油脂類						
脂質エネルギー比 (%)			菓子類						
実 施 お よ び 評 価	給与栄養量の評価	回数	年	回					
	献立表	添付有無: 献立表(前月1週間分)を添付して下さい							
	給食の形態	単一定食	複数定食	定食の種類数	単品(カレー・めん類・井など)	カフェテリア方式			
	喫食者による食事評価	回数	年	【方法】	アンケート調査	個別に聞き取り			
			回		給食試食会の実施	その他(右に記入)			
	検査	有の場合 検査者職種名 :							
	コンピュータの導入	導入有無	献立作成	栄養帳票	食数管理	発注	利用者栄養管理	その他	その他内容
栄 養 情 報 の 提 供	献立表の掲示	掲示有無	エネルギー	たんぱく質	脂質	食塩	栄養成分表示なし		
	従業員(利用者)の健康に配慮した取組	栄養バランス	取組有無	ヘルシーメニューの提供	野菜たっぷり	減塩	カロリー控えめ	その他	その他内容
		健康・栄養情報の提供	提供有無	ポスター	卓上メモ	献立表に一口メモ	ポップ	その他	その他内容
		食堂の喫煙状況		全面禁煙		禁煙専用室の設置	その他(右に記入)		
	独自の取組								
危 機 管 理	食事に関するインシデント・アクシデント事例の報告		有		無				
	事故(食中毒等)時対策マニュアル		有		無				
報 告 書 作 成 者	住所 (施設の所在地と違う場合)								
	連絡先TEL/FAX	TEL							
		FAX							
	部署名・職氏名	部署		職		氏名			