

# 病院・介護施設等

例年、記入漏れの多い点についてのチェックリストです。

また、給食委託している場合は、必ず**管理者が内容を確認**してから提出してください。

<表>

**栄養管理報告書（病院・介護施設等）** ② 施設番号 ○○○

① 八王子市保健所長 殿

施設名 ③ 法人○○会 ○○病院  
所在地 三子市○○町 ○-△  
管理者名 総務部長 八王子 次郎  
電話番号 042-○○○-○○○○

④ 年 月 分 (健康増進法第21条による管理栄養士必係指定 1 有 2 無)

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	
	費	円 □食材料費 □その他	延べ数 (食)	床 (人)
1 病院	⑦		給食延べ数	⑨ 定員
2 介護老人保健施設	一般食	常食	⑧	1日平均利用者数合計
3 老人福祉施設 (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) 職員食・その他		⑩ サービス人 ショートステイ人 その他 ( ) 人 ( ) 人
4 その他 (有料老人ホーム等)	合計			

III 給食従事者数				IV 利用者の把握・調査	
施設側 (人)	委託先 (人)		年1回以上、施設が把握しているもの		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	無
管理栄養士	⑪				⑫ □性別 □年齢 □身体活動レベル □身長 □体重 □BMI □血清アルブミン □生活習慣(給食以外の食事状況、運動・飲酒・喫煙習慣等) □その他 ( )
栄養士					
調理師					年1回以上、施設が調査しているもの
調理作業員					1 食事の摂取量把握 □実施している (□全員 □一部) (頻度 □毎日 □ 回/月 □ 回/年) □実施していない
その他					2 嗜好・満足度調査 □実施して ⑬ 頻度 回/年 □実施していない
合計					3 その他 ( ) 頻度 回/年

V 給食の概要	
⑭ 1 給食会議	□ ⑬ 度 回/年 □ 無
1-2 有の場合	構成委員 □管理者 □管理栄養士・栄養士 □調理師・調理担当者 □給食利用者 □介護・看護担当者 □その他 ( )
2 衛生管理	衛生管理マニュアルの活用 □有 □無 衛生点検表の活用 □有 □無
3 非常時危機管理対策	①食中毒発生時マニュアル □有 □無
	②災害時マニュアル □有 □無
	③食品の備蓄 □有 □無
	④他施設との連携 □有 □無
4 栄養ケア・マネジメントの実施	⑮ (□全員・□一部) □無
⑮ 5 NSTの導入(病院のみ記入) ※	□ 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	⑯ □種類 □個別に作成 □作成していない
2 給与栄養目標量の設定頻度	□毎月設定 □3か月に1回設定 □その他 ( )

\*裏面へ→

様式は、変更しないようご注意ください。

表面	
①	八王子市保健所長 宛にする。
②	右上の空白スペースに施設番号を記入する。 (番号は保健所からの講習会等通知の封筒に記載してあります。)
③	委託給食の場合でも、施設設置者の情報を記入する。 管理者名には、役職名(施設長、代表取締役 等)を記入する。
④	5月又は11月の報告であることを確認する。
⑤	1回300食以上又は1日750食以上提供している施設(病院・介護老人保健施設に限る)の場合には「1 有」に○をする。それ以外の施設は「2 無」に○をする。 (指定施設は保健所より指定通知がされています。)
⑥	該当する施設に○をする。
⑦	報告月の1人1日あたりの平均食材料費を記入する。
⑧	食数は、一日平均ではなく、報告月に提供した延べ数を記入する。 (なお、一般食の常食とその他は主食で区分してください。)
⑨	定数又は定員には、許可病床又は入所定員のみを記入する。 一日平均利用者数にはデイサービス等を含むこと。(ただし、職員数は含みません)
⑩	一日平均利用者数の内、定数又は定員以外の内訳を再掲に記入します。
⑪	調理従事者数は、6月に提出する「運営状況調査票」と同数であること。 (常勤の管理栄養士・栄養士の員数が変更になっている場合、「給食届出事項変更届」が必要になります。)
⑫	「有・無」にもチェックをする。
⑬	必ず対象者の範囲や頻度も記入する。
⑭	給食会議は、給食全体の運営や改善の検討を主な目的として開催するもの指す。 (日々のミーティングや打合せは含みません。)
⑮	「有」にチェックした場合、対象者の範囲「□全員 □一部」にもチェックをする。
⑯	病院のみ、必ず記入してください。
⑰	施設で設定している給与栄養目標量の種類数(食数の数)を記入する。 個別に作成・提供している場合は「個別に作成」にチェックをする。



裏面	
①	表面の施設名と同様の名称を記入する。
②	最も提供数が多い食種にチェックする。
③	【給与栄養目標量と給与栄養量】 幅を持って設定していても（〇g～〇g）、中間値を記載すること。
④	【エネルギー比率】 小数第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入し、下記の計算法であることを確認する。 ○炭水化物エネルギー比：「100-（たんぱく質エネルギー比+脂肪エネルギー比） ○炭水化物エネルギー比（%）+ たんぱく質エネルギー比（%）+ 脂肪エネルギー比（%）=100
⑤	「実施する」にチェックした場合、実施時期の「 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 報告月」にもチェックをする。
⑥	「有・無」にもチェックをする。
⑦	【栄養指導】 ・報告月に実施した栄養指導内容、回数及び延べ人数を記載すること。 （2～3回、各20人、などではなく、実数を記載してください） （所定の「糖尿病」「脂質異常症」「高血圧・心臓病」は変更しないようにしてください。） ・Ⅶの栄養健康情報提供に該当するものは個別指導には含まれないため注意すること。
⑧	【課題と評価】 5月分は昨年度の10～3月、11月分は今年度の4～9月のものとするが、施設により前後してかまわない。ただし、1年以内のものとする。
⑨	どちらかに必ずチェックをする。 （1日の提供量が2食の場合はなるべく1食当たりの目標量、提供量を記入してください。）
⑩	目標量を設定していない場合は斜線を引く。
⑪	提供がない場合は0gと記入し、算出していない場合は斜線を引く。
⑫	作成者名を記入する。 （内容の記載漏れ、不明点がある場合、保健所より確認の電話をします。作成者に連絡がつく電話番号を御記入ください。連絡先が代表電話の場合は特に、所属・職種を忘れずにご記入ください。）

#### 最終確認

- 記載漏れがないことを確認してください。
- 両面印刷になっていることを確認してください。  
（両面印刷での提出ができない場合、表裏に糊付けをして提出してください。）
- 保健所への提出部数は**2部**です（保健所保管用、東京都提出用）  
施設控への報告書に保健所の受領印を希望する場合は、3部ご提出ください。  
郵送による提出の場合は、返信用封筒（宛名・切手を貼付したもの）を必ず同封してください。
- 施設の責任者が必ず内容を確認してください。
- 報告月の翌月1日～15日の間に必ず提出してください。  
5月分→6月1日～15日、11月分→12月1日～15日  
（実施報告になりますので、それ以前に提出された場合受理できません。再度提出願います。）