

栄養管理報告書チェックポイント(給食施設)

以下は例年記入漏れの多い点と注意点についてのチェックポイントです。

報告書作成にあたって記入漏れや不備がないか施設の責任者が内容の確認してください。

5月・11月(報告月)の内容を翌月15日までに八王子市保健所へ2部(両面印刷)提出してください。

八王子市保健所長宛にする。

八王子市 保健所長 殿

栄養管理報告書 (給食施設)

施設番号を記入する。 802

施設種類に○を付ける。

管理栄養士必置指定の✓がなくなりました！

どちらかに✓又は○を付ける。

施設種類	II 食事区分別				III 給食従事者数	
	朝食	昼食	夕食	合計	常勤	非常勤
1 学校給食施設	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	管理栄養士	管理栄養士
2 児童福祉施設(保育所以外)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	調理師	調理師
3 社会福祉施設	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	調理師	調理師
4 事業所	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	調理師	調理師
5 寄附金	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	調理師	調理師
6 福祉施設	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	調理師	調理師
7 自衛隊	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	調理師	調理師
8 施設給食センター	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	調理師	調理師
9 その他	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	食(材・充)	調理師	調理師

常勤の栄養士・管理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。」

食数は「職員食」も含み、合計欄も記入する。

1食あたりの平均食材料費を記入する。食事区分ごとの算出が難しい場合は、合計欄に1日分の平均食数を「全○○円」と記入する。

前年度比較がなくなりました！
次の方法を用いて把握している場合に「有」とする。
①幼児(3歳以上6歳未満): 幼児身長体重曲線
②児童・生徒: 学校保健統計調査方法
③成人: BMI
肥満とやせの割合は、小数点第一位まで記入する。

頻度は整数を記入する。(適宜・随時等は記入しない)

施設全体の給食運営に係る内容について検討する会議を指し、日々のミーティングや打合せは含まない。

*裏面へ→

施設名

施設名を記入する。

「作成していない」にチェックした場合は、VI-2から5に斜線を引く。

施設で設定している給与栄養目標量の数を記入する。

VI 栄養計画

種類 作成していない

〇〇エネルギー比→〇〇エネルギー比率になりました！
 エネルギー比率は小数点第一位まで記入する。
 また、エネルギー比率の合計が100になっていることを確認する。
 <炭水化物エネルギー比率の求め方>
 炭水化物エネルギー比率 = 100 - (たんぱく質エネルギー比率 + 脂肪エネルギー比率)

給与栄養目標量

幅で設定している場合：中央値を記入する。
 設定していない場合：斜線を引く。

5 給与栄養 実施している場合は、実施時期をチェックする。
 実施して (毎月 報告月のみ) 実施していない

VII 栄養・健康情報提供 有 無 (有の場合は下記にチェック)

VIII 栄養指導 有・ 無 (有の場合は下記に記入)

回数分の延べ数を記入する。(2~3回、各20人等ではなく、実数とする。)

報告月に実施したのみ記入する。「VII栄養・健康情報提供」に該当するものは計上しない。

XI 委託 有 無 (有の場合は下記に記入)

施設側責任者 役職 氏名

どちらかにチェックする。

設定していない場合は、斜線を引く。

整数で記入する。提供していない場合は0gと記入し、算出していない場合は斜線を引く。

1 対象別	種類	<input type="checkbox"/> 作成していない
5 給与栄養 認及び評	実施して	(<input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 報告月のみ) <input type="checkbox"/> 実施していない
VII 栄養・健康情報提供	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は下記にチェック)	VIII 栄養指導 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は下記に記入)
IX 課題と評価 (栄養課題)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は下記に記入)	実施内容 実施数
(施設の自己評価)	4の食事について記入)	目標量 提供量
	野菜の一人当たりの提供量 (<input type="checkbox"/> 1食/1日)	g g
	果物の一人当たりの提供量 (<input type="checkbox"/> 1食/1日)	g g
XI 委託	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は下記に記入)	施設側責任者 役職 氏名
名称		所属
電話 FAX		電話
委託内容： <input type="checkbox"/> 献立作成 <input type="checkbox"/> 発注 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 盛付 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 食器洗浄 <input type="checkbox"/> その他 ()		職種： <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()
委託契約内容の書類整備： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保健所記入欄	特定給食 健康増進法第21条による管理栄養士必置指定 <input type="checkbox"/> 有

報告書作成にあたって

- ・記入要領及びQ&A(共通)、(給食施設)を御覧いただき、記入してください。
 - ・施設番号は保健所より送付しております講習会などの案内封筒宛名下に記載してあります。
 - ・内容に不明点がある場合、保健所より確認の電話をさせていただく場合がございますので、作成者へ連絡がつく電話番号をご記入ください。
- なお、連絡先が代表番号の場合は所属・職種を必ずご記入ください。