

# 栄養管理報告書チェックポイント(病院・介護施設等)

5月・11月(報告月)の内容を翌月15日までに所管の保健所へ2部(両面印刷)提出する。

## 栄養管理報告書(病院・介護施設等)

保健所長 殿

報告月の一人1日当たりの平均食材料費を記入する。

施設名  
所在地  
管理者名  
電話番号

<定数又は定員>

許可病床数又は入所定員(ショートステイを含む)のみを記入する。

※通所施設は通所定員を記入

<1日平均利用者数合計>

デイサービス・配食サービス等を含める。ただし、職員食は含めない。

施設種類に○をつける。

年 月分

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	
	食材料費	給食延べ数(食)	定数又は定員	床(人)
1 病院	円	給食延べ数(食)	定数又は定員	床(人)
2 介護老人保健施設	円			
3 介護医療院	円			
4 老人福祉施設	円			
5 その他 (特別養護老人ホーム・通所介護施設・その他高齢者施設)	円			
合計				

III 給食従事者数		IV 利用者の把握・調査	
施設側	常勤	管理栄養士	調理師
管理栄養士		調理作業員	その他
栄養士		合計	
調理師		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)
調理作業員		2 嗜好・満足度調査	□実施している(頻度 回/年) □実施していない
その他		3 その他( )	(頻度 回/年)
合計			

V 給食の概要	
1 給食会議	□有(頻度: 回/年) □無
1-2 有の場合	構成委員 □管理者 □管理栄養士・栄養士 □介護・看護担当者 □その他( )

衛生管理マニュアルの活用	□有 □無
衛生点検表の活用	□有 □無
①食中毒発生時マニュアル	□有 □無
②	□有 □無
③	□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	□有 (□全員・□一部) □無
5 NSTの導入(病院のみ記入)※	□有 □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	□種類 □個別に作成 □作成していない
	□毎月設定 □3か月に1回設定 □その他( )

\*裏面へ→

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、利用者のケア・カンファレンスは含まない。

有の場合は、どちらかにチェックする。

病院以外の施設は斜線を引く。

施設で設定している給与栄養目標量の種類数(食種の数)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する。

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)

食種にチェックする。

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。

の多い給食に関して記入)													
(食種 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )													
エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	カルシウム (mg)	鉄 (mg)	A (μg) (RAE当量)	ビタミン B1 (mg)	B2 (mg)	C (mg)	食塩相当量 (g)	食物繊維総量 (g)	炭水化物エネルギー比率 (%)	脂肪エネルギー比率 (%)	たんぱく質エネルギー比率 (%)
給与栄養目標量													
給与栄養量 (実際)													
4 給与栄養目標量に対する給与栄養量(実際)の内容確認及び評価				<input type="checkbox"/> 実施している ( <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 報告月のみ ) <input type="checkbox"/> 実施していない									
5 栄養改善の実施				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
5-2 有の場合 内容 (複数可)				<input type="checkbox"/> 有病者の治療 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の改善 <input type="checkbox"/> 適正体重者の増加 <input type="checkbox"/> 食事摂取の適正化 <input type="checkbox"/> 利用者の満足度の向上 <input type="checkbox"/> 品質管理の向上 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
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)							
<input type="checkbox"/> 栄養成分表示 <input type="checkbox"/> 献立表の提供 <input type="checkbox"/> 卓上メモ <input type="checkbox"/> ポスターの掲示 <input type="checkbox"/> 給食たより等の配布 <input type="checkbox"/> 実物展示 <input type="checkbox"/> 給食時の訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( )						実施内容 糖 尿 病 延 人 脂 質 異 常 症 延 人 高 血 圧 ・ 心 臓 病 延 人 延 人 延 人 延 人							
IX 課題と評価 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						回数分の延べ人数を記入する。							
(栄養課題)						延 人							
(栄養課題に対する取組)						回 人							
(施設の自己評価)						回 人							
X 東京都の栄養関連施策項目 (最も提供数の多い給食に対して記入)													
(VI-3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 (□1食 □1日)										g	g		
肉類の一人当たりの提供量 (□1食 □1日)										g	g		
XI 委託 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )						どちらかにチェックする。							
名称						所属							
電話 FAX						作成者 氏名							
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 ( )						電話							
委託契約内容の書類整備 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						職種: <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 調理師助手 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
						保健所記入欄							
						特定給食施設・その他の施設 (施設番号)							
						健康増進法第21条による管理栄養士必置指定 <input type="checkbox"/> 有							

実施している場合は、実施時期をチェックする。

報告月に実施した分のみ記入する。

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。

栄養管理報告書を作成するときは、『栄養管理報告書の作成に当たって』も御覧ください。

東京都 栄養管理報告書

検索

