

北九州市栄養管理報告書（5・11月分）

（病院、診療所、介護老人保健施設・介護医療院）

年 月 日

北九州市長 様

施設名

所在地 〒

Tel

設置者又は管理者職氏名

1. 施設の種類	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院					2. 管理栄養士の配置		
3. 運営方法	<input type="checkbox"/> 直営					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 委託(一部委託) 委託先名称()							
	委託内容 <input type="checkbox"/> 献立作成 <input type="checkbox"/> 材料購入 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗浄 <input type="checkbox"/> 施設外調理 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他()							
4. 一日あたりの給食数 (提供時間)	朝食	昼食	夕食	その他 ()	合計	5. 許可病床数		
	:	:	:	:				
一般食	常食					(床)		
特別食								
その他()						6. 一人一日あたりの食材料費		
合計						(円・税込)		
7. 栄養管理体制	栄養管理手順の作成 <input type="checkbox"/> 有(見直しの頻度: _____ 年に _____ 回) <input type="checkbox"/> 無 身体状況把握のために実施している項目及び対象 1 項目 <input type="checkbox"/> 身体状況(体重・体格・その他) <input type="checkbox"/> 食事摂取状況 <input type="checkbox"/> 生活状況 2 対象 <input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 一部 3 食事摂取状況把握の詳細 <input type="checkbox"/> 給食のみ <input type="checkbox"/> 給食以外も含む 身体状況再評価の間隔 (_____ 日・週・月に _____ 回)							
8. 給与栄養目標量の設定	()種類 【設定年月日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日 【微量栄養素等の設定】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> カルシウム <input type="checkbox"/> 鉄 <input type="checkbox"/> V.A <input type="checkbox"/> V.B ₁ <input type="checkbox"/> V.B ₂ <input type="checkbox"/> V.C <input type="checkbox"/> 食物繊維 <input type="checkbox"/> 食塩相当量 <input type="checkbox"/> その他							
9. 献立	1 複数献立(セレクトメニュー) <input type="checkbox"/> 有(頻度: _____ 回/週) <input type="checkbox"/> 無 2 特別献立(別料金の発生するメニュー) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3 行事食 <input type="checkbox"/> 有(頻度: _____ 回/月) <input type="checkbox"/> 無 4 配食サービス <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
10. 適温給食の方法	<input type="checkbox"/> 温冷配膳車 <input type="checkbox"/> 保温食器 <input type="checkbox"/> 保温トレイ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無							
11. 実施献立の評価	1 給与栄養目標量に対する実施給与量の評価 <input type="checkbox"/> 有(頻度: _____ 年に _____ 回) <input type="checkbox"/> 無 2 残食の評価 <input type="checkbox"/> 有(頻度と方法:) <input type="checkbox"/> 無 3 検食簿 <input type="checkbox"/> 有(検食者:) <input type="checkbox"/> 無 4 喫食者による評価 <input type="checkbox"/> 有(頻度と方法:) <input type="checkbox"/> 無							

12. 関係職種との連携	<input type="checkbox"/> クリニカルパス <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> 褥瘡委員会 <input type="checkbox"/> その他()			
13. 栄養管理に関する会議	会議名称・目的	構成(※下記番号)	頻度	
	1 管理者 2 医師 3 管理栄養士・栄養士(直営) 4 管理栄養士・栄養士(委託) 5 看護師 6 調理師又は調理員 7 患者 8 事務員 9 その他()			
14. 従事者への研修	<input type="checkbox"/> 有	施設内 ()回 主な内容()		
		施設外 ()回 主な内容()		
	<input type="checkbox"/> 無			
15. 栄養教育・指導	【献立表の掲示】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【栄養成分表示】 <input type="checkbox"/> 有(エネルギー・たんぱく質・脂質・炭水化物・食塩相当量・その他) <input type="checkbox"/> 無 【その他の情報提供(栄養メモ・ポスター等)】 <input type="checkbox"/> 有(内容:) <input type="checkbox"/> 無 病棟訪問 <input type="checkbox"/> 有(対象・頻度:) <input type="checkbox"/> 無 地域活動 <input type="checkbox"/> 有(対象・頻度:) <input type="checkbox"/> 無			
	方法	テーマ・内容	回数	
	集団		回	人
			回	人
			回	人
	個別	入院	外来	訪問
人		人	人	
16. 非常時危機管理対策	1 食中毒対応マニュアル <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	定期的な見直しの間隔 <input type="checkbox"/> 有(_____ 年に _____ 回) <input type="checkbox"/> 無		
	2 災害時対応マニュアル <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	定期的な見直しの間隔 <input type="checkbox"/> 有(_____ 年に _____ 回) <input type="checkbox"/> 無		
	3 食品の備蓄	<input type="checkbox"/> 有(_____ 人分を _____ 回分) <input type="checkbox"/> 無 内容: <input type="checkbox"/> 災害用献立の作成 <input type="checkbox"/> 保管場所()		
	4 施設内及び施設間の協力体制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
17. 特記事項				
18. 報告書作成者	所属	職名	氏名	

※記入方法については、別紙参照ください。

※添付書類として食品構成表、報告月の献立表等を求めることがあります。