

# 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両面印刷して提出する。

## 栄養管理報告書(病院・介護施設等)

保健所長 殿

施設名  
所在地  
管理者名  
電話番号

報告月の一人1日当たりの平均食材料費を記入する。

<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○を付ける。

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		
2 介護老人保健施設			
3 介護医療院	一般食	常食	1日平均利用者数合計 人
4 老人福祉施設		その他	再掲 デイサービス 人
(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)	ショートステイ 人
5 その他		職員食・その他	その他( ) 人
(有料老人ホーム等)		合計	( ) 人

### III 給食従事者数

### IV 利用者の把握・調査

施設側	利用者
常勤	活動レベル
管理栄養士	□血清アルブミン値
栄養士	□運動・飲酒
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)
その他	(頻度 □毎日 □__回/月 □__回/年)
合計	□実施していない
	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(頻度 回/年)
	3 その他( )

### 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	

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。

頻度は整数を記入する(適宜や随時等は記入しない)。

病院以外の施設は斜線を引く。

### 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( )

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。

\*裏面へ→

