

(令和____年10月分)【特定給食施設用】

給食施設栄養管理報告書 兼 特定給食施設変更届 (病院・診療所)

の部分は特定給食施設変更届の届出事項に該当する内容です。

届出内容に変更がある場合は、「届出内容の変更」有に☑をし、

健康増進法第20条第2項の規定により、記載内容を届出したとみなします。

届出内容
の変更

☐ 有 ☐ 無

給食施設の名称	施設の設置者 (法人名・職・氏名)
所在地 〒 尼崎市	設置者の住所 〒
TEL: FAX:	給食責任者 (職・氏名)
メールアドレス:	報告書作成者 (職・氏名)
	連絡先TEL 連絡先メールアドレス

許可病床数	一般	療養	精神	感染症	結核	合計	栄養管理等に 関する加算	入院時食事療養	栄養サポートチーム加算	栄養情報連携料		
	床	床	床	床	床	床		☐ I ☐ II	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無		
区分 ※行数が足りない 場合は、「別表」に 記入	病 院						委託業者					
	氏 名		勤務形態・勤務年数				氏 名		勤務形態・勤務年数			
			常勤	常勤 以外	当該病院 年	その他 年			常勤	常勤 以外	当該病院 年	その他 年
管理栄養士												
管理栄養士												
栄養士												
栄養士												
調理師	常勤		人、非常勤				常勤		人、非常勤			
調理従事者	常勤		人、非常勤				常勤		人、非常勤			
その他	常勤		人、非常勤				常勤		人、非常勤			
運営方法	受託給食会社	会社名					給食数	朝食	昼食	夕食	その他	1日合計
☐ 直営	☐ 委託	所在地					一般食					
		TEL					その他					
						特別食療養食						
委託内容	☐ 献立作成		☐ 食材購入		☐ 調理盛付		職員食					
	☐ 配膳		☐ 下膳		☐ 食器洗浄		合計					
	☐ 施設外調理						予定給食数					
	☐ クックチル・クックフリーズ		☐ ニュークックチル									
☐ 真空調理												
☐ その他()												
適温給食の実施方法	☐ 保温保冷配膳車		☐ 保温トレイ		☐ 保温食器		配膳時間	朝食	昼食	夕食		
	☐ 保温配膳車		☐ その他()					:	:	:		
毎食の検食	検食者: ☐ 医師 ☐ 管理栄養士		その他		喫食量の把握		頻度: 回/	結果の活用: ☐ I ☐ II 有 ☐ 無				
☐ 有 ☐ 無	記録の保存: ☐ 有 ☐ 無				☐ 有 ☐ 無		把握方法: ☐ 個別 ☐ 全体(残食調査等)					
嗜好調査	頻度: 回/年		結果の活用: ☐ I ☐ II 有 ☐ 無		食材料費		一般食 1人1日当たり	特別食・療養食 1人1日当たり	職員食 1人1食当たり			
☐ 有 ☐ 無	対象: ☐ 全体 ☐ 一部(全体の約 %)						円	円	円			
栄養管理に関する会議 (給食委員会)	実施回数: 回/年		要領: ☐ 有 ☐ 無		会議録の保存: ☐ 有 ☐ 無							
	構成職種	施設	☐ 施設長 ☐ 医師 ☐ 管理栄養士		☐ 看護師 ☐ 調理師 ☐ 介護担当者		☐ その他					
		給食会社	☐ 管理栄養士 ☐ 調理師 ☐ その他()									
☐ 有 ☐ 無	内容		☐ 栄養管理における課題の把握と課題解決のための改善策の検討 ☐ 苦情処理 ☐ 適切な栄養管理を行うための関係部門の連携強化 ☐ 献立内容の検討 ☐ その他()									

病院・診療所