

(令和 年10月分) 【その他の給食施設】
給食施設栄養管理報告書(病院・診療所)

給食施設の名称		施設の設置者 (法人名・職・氏名)	
		設置者の住所 〒	
所在地 〒		給食責任者 (職・氏名)	
尼崎市		報告書作成者 (職・氏名)	
TEL: FAX:		連絡先TEL	
メールアドレス:		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		人		常勤	人、非常勤		人		
調理従事者	常勤		人、非常勤		人		常勤	人、非常勤		人		
その他	常勤		人、非常勤		人		常勤	人、非常勤		人		
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						
						その他						
委託内容	TEL					特別食療養食						
						職員食						
						合計						
適温給食の実施方法	□ 保温冷配膳車 □ 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()							:	:	:		
毎食の検査	検査者: □ 医師 □ 管理栄養士 □ その他						喫食量の把握	頻度: 回/	結果の活用: □ 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						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		
	結果の活用: □ 有 □ 無							円	円	円		
□ 有 □ 無	対象: □ 全体 □ 一部(全体の約 %)						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 □ 介護士 □ その他				
□ 有 □ 無	給食会社 □ 管理栄養士 □ 調理師 □ その他()						給食内容					
	□ 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()												

