

# 病院用

## 給食施設栄養管理状況報告書

(提出先)  
川越市保健所長

年 月 日 提出

施設管理者

職 ・ 氏名

栄養管理状況について、次のとおり報告します。

施設 の 名 称									
施設 の 所 在 地		〒							
		電話番号:			E-mail:				
栄 養 部 門 の 責 任 者		(所属名)							
		(職名)		(職種)		(氏名)			
報 告 書 作 成 者		(所属名)							
		(職名)		(職種)		(氏名)			
栄 養 管 理 部 門 の 理 念 ・ 方 針 ・ 目 標									
許 可 病 床 数		床							
管 理 栄 養 士 必 置 施 設 指 定		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
運 営 形 態		<input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託 (全面委託・部分委託) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
委 託 先	名 称								
	所 在 地	〒							
		電話番号							
代 表 者 の 氏 名									
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"/> 栄養教育 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
給 食 従 事 職 員 数	区 分		管理栄養士	栄養士	調理師	調理員	事務職員	その他	計
	設 置 者 (施設側)	常 勤							
		非 常 勤							
	委 託 先	常 勤							
		非 常 勤							
計									
栄 養 管 理 等 に つ い て 検 討 す る 会 議 *		実 施	<input type="checkbox"/> 有 (年 回) <input type="checkbox"/> 無						
		構 成 職 種	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 給食担当責任者 <input type="checkbox"/> 管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師・調理員 <input type="checkbox"/> 給食利用者 <input type="checkbox"/> 健康管理担当者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
1 日 平 均 給 食 数 * ( 6 月 実 施 分 )		区 分	朝	昼	夕	( )	( )	計	
		合 計							

\*前年度の実績について記入してください。

\*一般食、治療食、職員食等を提供している場合は、給食数を区別して記入してください。

