

特定給食施設等事業実施状況報告書（病院・介護老人保健施設等用）

年 月 日

福山市保健所長 様

施設の名称

所在地

管理者

(職名)

(名前)

電話

FAX

福山市健康増進法施行細則第5条及び、福山市特定給食施設等の指導等実施要領第5条の規定により、次のとおり給食事業実施状況を報告します。

施設の種類		1 病院 2 介護老人保健施設 3 その他 ()					許可病床数・定員数						
組織 (栄養部門・給食部門の位置付け)		部門		1 栄養部 2 診療部 3 事務部 4 その他 ()			病床数 (入所定員数)						
		責任者		(職名)			(名前)						
1日当たりの平均給食数(食)	区分	朝	昼	夕	その他	計	給食従事者数	区分	施設側(人)		委託側(人)		計
	一般食							管理栄養士	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
	特別食							栄養士					
	職員食							調理師					
	その他							調理員					
								その他の職員					
	計							計					
給食関係会議 (栄養管理委員会)		【実施回数】 年・月 ()回 【会議録】 有 無 【構成員】 管理者 医師 管理栄養士 栄養士 調理師・員 事務員 ()											
運営方法 委託の場合 (一部委託も含む)	委託先		【名称】 所在地〒 TEL 委託内容： 献立作成 発注 調理 配膳 下膳 食器洗浄 ()										
利用者の身体 状況等の把握	身体状況 生活習慣 把握		1 あり ()回/週・月・年 【方法】					2 なし					
食事の提供及び 品質管理と その評価	目標栄養量 の設定		1 あり 【方法】					2 なし					
	摂取量の調査		1 あり ()回/週・月・年 【方法】					2 なし					
	調査後の対応等 食事の品質管理 の取り組み		1 あり ()回/週・月・年 【方法】					2 なし					
献立作成	献立作成基準		1 あり 【作成期日】 年 月 日					2 なし					
	個別対応		1 あり ()回/週・月・年 【内容】					2 なし					

