

この報告は、高知県健康増進法施行細則第2条第3項の規定により報告を求めるものです。

1	報 告 者	報告者は、給食施設設置者とします。従って、委託給食の場合も委託者である当該給食施設の設置者が報告してください。
2	提 出 先	管轄保健所
3	報 告 時 期	<u>毎年5月分の状況を翌月20日までに管内の福祉保健所まで報告してください。なお、下記の8～12の設問については、前年度の実施状況から回答してください。</u>
4	施 設 名	施設の正式名称を記入してください。
5	設 置 者 の 氏 名	施設の設置者の氏名を記入してください。法人の場合は名称及び代表者の職と氏名を記入してください。押印は不要です。
6	所在地、電話番号、ファクシミリ番号	施設の所在地と電話番号及びファクシミリの番号を記入してください。
7	定員・許可病床数	定員又は許可病床数を記入してください。
8	給食関係会議	施設における給食に関する会議の開催について、「有」「無」の該当する方を○で囲んでください。給食について施設全体で検討している会議は全て該当します。 「有」の場合は、前年度の回数と会議の名称を記入してください。複数の会議がある場合は、全て記入してください。構成職種は該当する者全て○で囲んでください。会議の目的は、該当するものを○で囲み、その他にある場合は、その他に記入してください。
9	従事者の研修会	該当するものを○で囲んでください。
10	栄養状態のアセスメント	「有」「無」の該当する方を○で囲んでください。 「有」の場合は、該当するものを○で囲み、その他のアセスメント項目を実施している場合は、その他に記入してください。
11	喫食者による食事評価	「有」「無」の該当する方を○で囲んでください。 「有」の場合は、方法について、該当するものを○で囲むか、その他の方法で行っている場合は、その他に記入してください。
12	喫食量調査	「有」「無」の該当する方を○で囲んでください。 「有」の場合は、方法（該当するものを○で囲むか、その他に記入）、対象（該当するものを○で囲む）を記入してください。
13	食事量の調節	主食、副食それぞれ、該当する方を○で囲んでください。
14	栄養情報の提供	「有」「無」の該当する方を○で囲んでください。 「有」の場合は、該当するものを○で囲んでください。その他の方法で行っている場合は、その他に記入してください。
15	食品の事故や災害時の対応策	施設の調理場が使えなくなった場合の対応策として、「有」「無」の該当する方を○で囲んでください。 「有」の場合は、該当するものを○で囲み、その他の方法で行っている場合は、その他に記入してください。また、①に回答した場合は、備蓄品の量を記入し、非常時の献立表と備品の保管場所について該当するものを○で囲んでください。
16	栄 養 量	一般食の状況について、1人1日当たりの目標量と給与量をエネルギー及び各栄養素ごとに記入してください。 栄養比率は、整数値で記入してください。 ※個別の栄養管理が行われている施設については、本欄の記入は必要ありません。