# 特定給食施設等栄養管理調査票

**提出期限 6月30日**

**年 6 月 日**現在の状況（作成者 職名 氏名 ）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設名 | | 設置者名 | |
| 施設長名 | | 設置者住所 | |
| 所在地 | 〒 | 電話番号 | |
| 電話番号 | | 栄養部門管理者名 | |

**分 類**

1 特定給食施設 （1回 100食以上 又は 1日 250食以上の施設）
2 小規模特定給食施設 （1回 50食以上 又は 1日 100食以上の施設）
3 小規模給食施設 （1回 20食以上 又は 1日 50食以上の施設）

**運営方法**

1 直営 2 完全委託 3 部分委託

**委託の場合**

委託先

委託内容 1 栄養管理（献立作成含む） 2 調理 3 洗浄 4 その他（ ）

**施設の種類**

※1 学 校 2 病 院 3 介護老人保健施設 4 介護医療院 5 老人福祉施設
※6 児童福祉施設 7 社会福祉施設 8 矯正施設 ※9 寄宿舎
※10 事業所 11 一般給食センター 12 その他（ ）

**給食種類**

1 完全給食（ 朝 昼 夕 ） 2 副食のみ（ 朝 昼 夕 ） 3 その他（ ）

**食 数**（食数におやつは含めない）

| 朝食 | 昼食 | 夕食 | その他 | 計 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 内訳 | 内訳 | 内訳 | 内訳 | 内訳 |

～ 食数は以下の数を記入 ～
【病院】 … 許可病床数
【介護老人保健施設】【介護医療院】 入所定数
上記以外の施設…実際の給食数(※)
（※職員食も数に含める）

**給与栄養目標量における ナトリウム（食塩相当量）**

給与栄養目標量（ ）g ＊複数の食種を提供している場合には、常食（一般食）の目標量について記載

上記目標量の変更予定（ あり・なし ）・・・ありの場合、以下についてもご記入ください

今後の目標量（ ）g

今後、目標量を変更する場合は具体的な実施予定時期を御記入ください。また、施設で実施されている具体的な減塩のための取組みについて御記入ください。
例：汁椀を小さくし、汁物の量を減らした。等

**従事者数**

| 区分 | 直営 | | 委託 | |
|---|---|---|---|---|
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 管理栄養士 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理師 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| その他給食事務等に従事する者 | | | | |
| 合 計 | | | | |

＊「常勤」とは、「概ね、1日6時間以上、週4日以上勤務する」者をいう。

**＊栄養管理状況の把握 肥満ならびにやせに該当する者**

| 区分 | | 男 | 女 | 計 |
|---|---|---|---|---|
| 給食提供対象者総人数 | | | | |
| 肥満に該当する者 | 人 | | | |
| | % | | | |
| やせに該当する者 | 人 | | | |
| | % | | | |

**肥満並びにやせに該当する者の状況を把握する施設は「※の1学校、6児童福祉施設、9寄宿舎、10事業所」かつ「特定給食施設（1回100食以上又は1日250食以上）」に該当する施設です。**
（児童福祉施設については*3歳以上児のみ*対象）

＊「栄養管理状況の把握」については、各施設の直近の数値をご報告ください。