

(様式第4号)

特定給食施設実施状況報告書記入要領を確認の上御記入ください。

特定給食施設実施状況報告書(記入例)

令和5 年 3月 1日

(宛先) 岡崎市保健所長

(郵便番号) 444-8601

給食施設所在地 岡崎市若宮町2丁目1番地1

電話番号 0564-23-6000

給食施設名 岡崎市保健所

給食施設設置者	岡崎 太郎						
給食施設管理者	職名	所長	氏名	岡崎次郎			
給食管理担当部課名	健康課	氏名	岡崎花子	電話番号	23-6639		
		メールアドレス	担当者のメールアドレスを記入				
給食対象者及び定員数	250						
給食施設の種類 (○で囲む)	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 寄宿舍 10 事業所 11 一般給食センター 12 その他						
運営形態 (○で囲む)	委託先名称	保健所給食サービス					
1 直営	委託先所在地	岡崎市美合町字五本松68番地1					
2 全部委託	委託する業務	1 献立作成 2 材料購入 3 調理業務 4 配膳・下膳 (委託の場合) 5 食器洗浄 6 施設外調理 7 その他()					
3 一部委託							
区分	常勤者氏名 (登録番号・免許番号)			非常勤者氏名 (登録番号・免許番号)			
管理栄養士	施設側	岡崎三郎(12345号)					
	委託側						
栄	施設側						
栄		何月分の給食についてか御記入ください。			合計の給食数の記入もお願いします。		
区分	管理栄養士	栄養士	調理師	調理員	給食事務員	計	
常勤	1 人	人	1 人	1 人	1 人	4 人	
非常勤	人	人	人	2 人	人	2 人	
一日の平均給食数	朝食	昼食	夕食	その他	合計		
(2) 月分	20 食	190 食	20 食	食	230 食		
給食の形態	1 単一定食 2 複数定食 3 カフェテリア 4 その他()						
給食時間	朝食	7時00分～ 8時30分		昼食	12時00分～ 14時00分		
	夕食	17時00分～ 18時30分		その他	時 分～ 時 分		
給食委員会の有無	1 有 (頻度 6 回/年)	2 無					
嗜好調査の有無	1 有 (頻度 1 回/年)	2 無					

注1 管理栄養士及び栄養士について記載欄に書ききれない場合は、名簿を添付してください。

2 栄養士登録番号・免許番号 記入漏れの多い箇所になります。 都道府県名も記入してください。

3 給食業務に関わる者 1、2のいずれかに○を付けてください。

4 常勤とは、週4日以上・1日6時間以上業務に従事している者とし、非常勤とは、その他の者をいいます。

5 おやつは食数に入れないでください。

利用者の年齢構成															
年 齢	0～5 (月)	6～11 (月)	1～2	3～5	6～7	8～9	10～11	12～14	15～17	18～29	30～49	50～64	65～74	75以上	合 計
男										15	100	50			165 人
女										5	50	30			85 人
計	栄養管理基準(給与栄養目標量)は別紙添付でも構いません。										20	150	80		250 人

栄養管理基準（給与栄養目標量） 1人／1（日）・食）当たり			
エネルギー（kcal）	2,550	ビタミンA（μgRAE）	600
たんぱく質（g）	70	ビタミンB1（mg）	1.1
脂質（g）	68	ビタミンB2（mg）	1.2
炭水化物（g）	414	ビタミンC（mg）	100
食塩相当量（g）	10	食物繊維（g）	25
カリウム（mg）	2500	炭水化物エネルギー比（%）	65
カルシウム（mg）	600	たんぱく質エネルギー比（%）	11
鉄（mg）	10	脂質エネルギー比（%）	24

栄養指導（栄養教育）の有無	栄養成分表示の有無
① 有 (1) 個別 (2) 集団 ③ 栄養・健康情報の提供 ① 献立表 ② 卓上メモ ③ ポスター ④ リーフレット ⑤ モデル献立の掲示 ⑥ その他（ ） (4) その他（ ） 2 無	① 有 ① エネルギー (2) たんぱく質 (3) 脂質 (4) 炭水化物 ⑤ 食塩相当量 (6) その他 () 2 無 栄養管理上特に留意している事項等 (アレルギーの対応、主食量の調整等) ・主食量の調節 ・野菜を1日350g以上

記入漏れが多い箇所になります。
該当するところに○をつけ、該当する方は()内に記入をお願いいたします。

非常災害対策	
マニュアルの整備	① 有 2 無
非常食糧の備蓄	① 有 (250) 人分を (3) 日分 2 無
献立表	1 有 ② 無
保管場所	1 厨房内 ② 防災倉庫 3 その他 ()

(添付書類) 前年報告後、調理施設の増改築又は模様替えがあったときは、その平面図を添えてください。
(調理施設及び備品の配置を記載しているもの)

健康管理に関する調査					
1 健康管理担当部課名					
健康課 担当者氏名 岡崎一子 電話番号 23-6962					
2 給食対象者（該当するもの <u>全て</u> に○をつけてください）					
☒ (1) 施設の〔従業員・寮生〕全て ☐ (2) 施設の〔従業員・寮生〕の一部 ☒ (3) その他の者（派遣会社や子会社の従業員等）					
3 給食対象者等における「肥満及びやせに該当する者」の割合の把握 （該当するものに○をつけてください）					
☒ (1) 実施している→ 4～6を記入 ☐ (2) 実施していない→ 5の備考欄に理由を記入					
4 「5 肥満及びやせに該当する者の割合」の母集団について （該当するものに○をつけてください）					
☐ (1) 給食対象者 ☒ (2) その他（内訳：給食対象者から派遣会社従業員を除く）					
5 「肥満及びやせに該当する者」の割合 （BMI以外の評価方法を使用している場合はその旨を備考欄に記入してください。）					
	総 数	肥満（BMI 25以上）		やせ（BMI 18.5未満）	
		割 合	人 数	割 合	人 数
男	430 人	21.2 %	91 人	3.5 %	15 人
女	70 人	7.1 %	5 人	7.1 %	5 人
計	500 人	19.2 %	96 人	4.0 %	20 人
備考					
6 「5 肥満及びやせに該当する者の割合」のデータソースとなった健康診査等の 名称及び実施時期					
名称	定期健康診断		実施時期	令和4年 6月～ 12月	