年　　　月　　　日

提供食事管理票

（公社）愛知県栄養士会

栄養ケア・ステーション様

施　　設

代表者名

　障害福祉サービスの食事提供体制加算に必要な下記の内容について、確認をお願いいたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 担当者 |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 施設の種類 | 生活介護　　短期入所　　自立訓練(機能訓練) 　自立訓練(生活訓練)就労選択支援　　就労移行支援　　就労継続支援A型　　就労継続支援B型 |
| 献立作成者 | 管理栄養士　　栄養士　　調理師　　調理員　　その他（　　　　　　） |
|  |
| ①基準日 | 年　　　月　　　日 |
| ②食事提供数 | 朝食 |  | 食 | 昼食 |  | 食 | 夕食 |  | 食 |
| ③喫食者の性・年齢構成（実人数） | 年齢(歳) | ～17 | 18～29 | 30～49 | 50～64 | 65～74 | 75～ | 計(人) |
| 男(人) |  |  |  |  |  |  |  |
| 女(人) |  |  |  |  |  |  |  |
| 計(人) |  |  |  |  |  |  |  |
| ④喫食者の身体活動レベル | 低い　・　普通　・　高い |
|  |
| ⑤栄養摂取量　１人１食当たり |  | ⑥確認事項 |
| 熱量及び栄養成分 | 給与栄養量（平均） | 給与栄養目標量 | 過不足率 | 管理栄養士・栄養士□施設で雇用していない□法人内にいない□委託先にいないその他□施設内の調理室を使用して調理している |
| 必須 | エネルギー |  | kcal |  | kcal |  | ％ |
| たんぱく質 |  | ｇ |  | ｇ |  | ％ |
| 脂質 |  | ｇ |  | ｇ |  | ％ |
| 炭水化物 |  | ｇ |  | ｇ |  | ％ |
| ナトリウム(食塩相当量) | ( | mg　　　ｇ) | ( | mg　　　ｇ) |  | ％ |
| 任意 | カリウム |  | mg |  | mg |  | ％ | ⑦添付書類等 |
| カルシウム |  | mg |  | mg |  | ％ | □献立表（　　　日分）□返信用封筒・切手　□ |
| 鉄 |  | mg |  | mg |  | ％ |
| ビタミンＡ |  | μg |  | μg |  | ％ |
| ビタミンＢ１ |  | mg |  | mg |  | ％ | ⑧その他特記事項 |
| ビタミンＢ２ |  | mg |  | mg |  | ％ |  |
| ビタミンＣ |  | mg |  | mg |  | ％ |
| 食物繊維 |  | mg |  | mg |  | ％ |
|  |  |  |  |  |  | ％ |
|  |  |  |  |  |  | ％ |