資料2-5

施設状況確認票

 **(記入日：平成　　年　　月　　日、記入者職種・氏名：　　　　　　　　・　　　　　　　　)**

**１施設について**

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　名 | 学校名食堂名 |
| 所　在　地 | 〒住所 |
| TEL　　　　(　　　　　)　　　　　・　FAX　　　　(　　　　　)　　　　　 |
| 施設の給食担当者 | 所属〔　　　　　　　　〕職種〔　　　　　　　〕氏名〔　　 　　　　　〕 |
| **２施設の給食状況について** |
| 1日当たりの食数 | 朝食　　　　　食 | 昼食　　　　食 | 夕食　　　　食 | その他　　　　食 |
| 給食方法 | あてはまるものすべてに〇をつけてください。１　単一定食　　２　複数定食　　３カフェテリア　４　定食＋麺類など５　その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 直営・委託状況 | １　直営　　　　２　委託　(１か２のどちらかに〇をつけてください) |
| **３(管理)栄養士及び調理師の配置状況について**(有・無のどちらかに〇、有の場合は人数もご記入ください) |
| 常勤の管理栄養士又は栄養士 　有（管理栄養士(　 　)人・栄養士(　　 )人） ・無 |
| 施設側 | 管理栄養士氏　名 |   | 栄養士氏　名 |  |
|   |  |
| 委託側 | 管理栄養士氏　名 |  | 栄養士氏　名 |  |
|  |  |
| 常勤の調理師 　 有　(　 　)人　・　無 |
| **４主な献立作成者**所属〔　　　　　　　　　　　〕職種〔　　　　　　　　　　〕氏名〔　　 　　 　　　　　　〕**５委託給食の場合下記をご記入ください。** |
| 委託業者名 |  |
| 委託業者所在地 | 〒住所 |
| TEL　　　　(　　　　　)　　　　　・　FAX　　　　(　　　　　)　 |

該当する項目に○をつけてください。（　　　）欄には数字または該当する内容をご記入ください。

**６定食メニューについて（前月１ヶ月の状況をご記入ください）**

（１）提供している定食の種類（１日平均）

　ア.１～４種類　　　　イ.５～９種類　　　　ウ．１０種類以上　　　エ.定食なし

（２）（１）で記入した定食のうち、野菜を１２０g以上使った定食の種類

　ア.１～２種類　　　　イ．３～５種類　　　　ウ．６種類以上

　エ.野菜１２０ｇ以上使った定食はない　　　　オ．わからない

（３）野菜１２０ｇ以上使っている定食の販売数

１日平均（　　　　　　）食　　　※該当の定食がない場合、（　）は空白で結構です。

（４）（１）で記入した定食のうち、食塩相当量が３ｇ未満の定食の種類

ア.１～２種類　　　　イ.３～５種類　　　　ウ．６種類以上

　エ．食塩相当量３g未満の定食はない　　　　オ．わからない

（５）食塩相当量が３g未満の定食の販売数

1日平均（　　　　　　）食　　　※該当の定食がない場合、（　）は空白で結構です。

**７単品メニューについて（前月１ヶ月の状況をご記入ください）**

（１）提供している単品の種類（1日平均）

　ア.１～４種類　　　　イ．５～９種類　　　　ウ．１０種類以上　　　エ．単品なし

（２）（１）で記入した単品のうち、野菜を７０ｇ以上使った単品の種類

　ア．１～２種類　　　　イ．３～５種類　　　　ウ．６種類以上

　エ．野菜を７０ｇ以上使った単品はない　　　　オ．わからない

（３）野菜を７０ｇ以上使った単品の販売数

　　1日平均（　　　　　　）食　　　※該当の単品がない場合、（　）は空白で結構です。

**８現在、食堂でメニューの栄養成分表示をしていますか。（該当するすべてに○）**

ア．していない

a)エネルギー　 b)たんぱく質 c)脂質 d)炭水化物

e)食塩相当量 　　f)その他（ 　　　　　　）

　イ．している　　→

**９現在、食堂で栄養に関する情報の提供をしていますか。（該当するすべてに○）**

ア．していない

a)ポスター　　　b)卓上メモ　　　c)メニューなどに一口メモ　　　d)ポップ　　　e)上記以外（ 　　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　イ．している　　→

**10学生のメニューに対するニーズを把握していますか。（該当するすべてに○）**

ア．していない

a)アンケート　　　b)意見箱　　　c)給食委員会

d)上記以外（ 　 　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　イ．している　　→

なお、この確認票は保健所が行う食環境整備のための基礎資料として活用し、施設が特定される形で公表されることはありません。　　　　　　　　　　大阪府○○保健所