

北河内地域 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業者一覧 掲載申込書

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 送信先 | 大阪府守口保健所 企画調整課 管理栄養士 宛 FAX 06-6993-3136 E-mail moriguchihoken@sbox.pref.osaka.lg.jp | | |
|-----|---|--|--|

| | | | |
|---------|---------------------------------------|-----|------|
| 事業所名 | | | 代表者名 |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話 | | FAX | |
| ホームページ※ | ※配食内容がダイレクトで確認できるホームページのURLの記載をお願いします | | |

〈担当者（回答者）連絡先〉

| | | | |
|--------|---|-----|--|
| 所属 | | | |
| 職 | | 氏名 | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話 | | FAX | |
| E-mail | | | |

【1】配達エリア

市全域ではない場合は、括弧内に配達可能な地名を記載してください。

- 枚方市 ()
 寝屋川市 ()
 守口市 ()
 門真市 ()
 大東市 ()
 四條畷市 ()
 交野市 ()

【2】配食時の状態

- 適温(温かいものは温かく・冷たいものは冷たく) 常温
 冷蔵 冷凍 その他 ()

【3】対応食事区分

- 朝食 昼食 夕食 区分なし

【4】注文単位

- 1食から可 まとめて注文 (単位：)

【5】注文方法

- 電話 FAX メール ホームページ
 その他 ()

【6】配達形態

- スタッフが配達（手渡し） ⇒不在の場合の対応方法 ()
 宅配便

【7】配達曜日・時間

- ()

【8】配達時間の指定

- 可 不可

【9】容器回収

- 行っている→ 回収容器を使用 廃棄可だが希望者は回収
 行っていない

【10】税込価格（記入例：1食あたり500円から）

- ()

【11】配送料・手数料

- あり (金額：) なし

【12】支払い方法

(

)

【13】利用者の緊急連絡先の把握

- 行っている 行っていない

【14】利用者の変化（摂取量、安否、健康等）について、家族や在宅・介護関係の専門職種等への情報提供

- 実施 未実施

【15】配食サービス時に実施している他の支援

- あり→ 安否確認 その他 ()
 なし

【16】お試し食

- あり→ 有料 無料
 なし

【17】献立作成者 ※一覧には掲載しません。

- 管理栄養士・栄養士 調理師・調理員 その他 ()

【18】献立を作成するための基準（目標栄養量・食品構成基準など）※一覧には掲載しません。

- 設定している 設定していない

【19】栄養素等調整食や嚥下調整食の提供(各調整食等の具体的なメニュー名の記載もお願いします)

- 栄養素等調整食や嚥下調整食を提供している

- エネルギー調整食
 たんぱく質調整食
 脂質調整食
 減塩食
 嚥下調整食（例：刻み食・やわらか食・ムース食等）
 その他

- 栄養素等調整食や嚥下調整食を提供していない

具体的なメニュー名（例：糖質＆カロリー制限食、やわらか食等）

【20】「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021」に基づく物性等の管理

※一覧では、「学会分類を知らない」は「していない」として掲載します。

- している していない 学会分類を知らない

【21】栄養成分表示やアレルギー表示の提示

- エネルギー たんぱく質 脂質 炭水化物

- 食塩相当量 アレルギー表示

- その他 ()

- 栄養成分表示・アレルギー表示を行っていない

【22】利用開始時、利用者のアセスメント（健康状態や栄養状態等の聞き取り）の実施

※一覧では、「行っている」「行っていない」で掲載します。

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 居住形態 | <input type="checkbox"/> 要介護度・要支援度 | <input type="checkbox"/> 身長 |
| <input type="checkbox"/> 体重 | <input type="checkbox"/> BMI | <input type="checkbox"/> ADL |
| <input type="checkbox"/> 既往疾患・現疾患 | <input type="checkbox"/> 食事療養の有無・内容 | <input type="checkbox"/> 食物アレルギーの有無 |
| <input type="checkbox"/> かむ力・飲み込む力 | <input type="checkbox"/> 服薬状況 | <input type="checkbox"/> 食事の状況（例：回数・量等） |
| <input type="checkbox"/> 食品摂取の多様性* | （※…主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日何回しているか） | |
| <input type="checkbox"/> 食欲 | <input type="checkbox"/> 買い物や調理の状況 | <input type="checkbox"/> 食事の環境 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| <input type="checkbox"/> アセスメントを行っていない | | |

【23】（【22】行っている場合のみ）継続時のフォローアップの実施頻度

※一覧では、「行っている」「行っていない」で掲載します。

- 継続時のフォローアップ（初回注文後数週間以内）
 継続時のフォローアップ（年に1～2回実施）
 フォローアップを行っていない

【24】利用者への栄養相談

- 行っている 行っていない

【25】利用者への配食内容における感想、意見や要望の聞き取り

※一覧では、「行っている」「行っていない」で掲載します。

- 定期的に行っている → ()か月に1回 ➔ [26]へ
 - 不定期に行っている ➔ [26]へ
 - 行っていない ➔ [27]へ

【26】([25]で実施と回答のみ) 利用者からの感想、意見や要望のメニューへの反映 ※一覧には掲載しません。

- 行っている 行っていない

【27】地域の高齢者の栄養・食生活を支援するために、貴社として現在取り組んでいること、また配食事業における貴社のPRポイント（50文字以内）

〈問〉厚生労働省作成「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」をご存じでしたか。

※一覧には掲載しません。

- 知っていた 知らなかった