様式１（学校・児童福祉施設）

年　　月　　日

令和６年度特定給食施設における利用者の健康管理に関する調査

　　　　　　　　　　　　　施設名称

　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話

下記のとおり報告します。

記

|  |
| --- |
| **１　評価方法　　該当する番号に○をつけてください** |
| （１）ＢＭＩ　　　　　　　　　　　肥満25以上　　 やせ18.5未満 |
| （２）幼児身長体重曲線（性別・身長別標準体重）　　　肥満＋15％以上　やせ－15％以下 |
| （３）学校保健統計調査方式（性別・年齢別・身長別標準体重） 肥満＋20％以上　やせ－20％以下 |
| （４）その他（　　　　　　）　　　肥満（　　　　）やせ（　　　　　） |
| **２　対象者の人数** |
| （1）幼児（3歳以上6歳未満）男 （　　　　）人　　 女（　　　　）人　　計（　　　　）人 |
| （2）児童・生徒　　 　男 （　　　　）人　　 女（　　　　）人　 　計（　　　　）人 |
| **３　肥満並びにやせに該当する者の割合** |
|  | 肥　満 | 人　数 | や　せ | 人　数 |
| 男 | ％ | 人 | ％ | 人 |
| 女 | ％ | 人 | ％ | 人 |
| 計 | ％ | 人 | ％ | 人 |
| **４　健康診査等の実施時期**令和　　　年　　　月 ～ 令和　　　年　　　月 |
| **備　考** |