

2024年(令和6年)4月～2024年(令和6年)9月期分

全国老人保健施設協会「介護老人保健施設における感染症に関する状況調査」

都道府県		貴施設名		TEL	
------	--	------	--	-----	--

問 1. 2024年4月～2024年9月の入所利用者数(短期入所含む)及び各感染症の発症状況(人数を記入)

項 目		4月	5月	6月	7月	8月	9月
1月間の入所利用者の実数※ ※1人の利用者がその月に2日間入所した場合、「2人」ではなく「1人」とカウントして下さい							
入所者の内	インフルエンザの発症者数						
	新型コロナ(COVID-19)の発症者数						
	ノロウイルスの発症者数						

問 2. 2024年4月～2024年9月の通所利用者数及び各感染症の発症状況(人数を記入)

項 目		4月	5月	6月	7月	8月	9月
1月間の通所利用者の実数※ ※1人の利用者がその月に2日間利用した場合、「2人」ではなく「1人」とカウントして下さい							
通所利用者 の内	インフルエンザの発症者数						
	新型コロナ(COVID-19)の発症者数						
	ノロウイルスの発症者数						

問 3. 2024年4月～2024年9月の施設職員数及び各感染症の発症状況(人数を記入)

項 目		4月	5月	6月	7月	8月	9月
職員数 (各月の施設の全職員の実数)	常勤						
	非常勤						
職員の内	インフルエンザの発症者数						
	新型コロナ(COVID-19)の発症者数						
	ノロウイルスの発症者数						

問 4. 貴施設において、2024年4月～2024年9月にインフルエンザ、新型コロナ(COVID-19)、ノロウイルスのクラスター(同時期に5名以上発症)はありましたか?(該当するものに○)

項 目	2024年4月～2024年9月におけるクラスターの有無
インフルエンザの施設内クラスター	1.あった 2.なかった
新型コロナ(COVID-19)の施設内クラスター	1.あった 2.なかった
ノロウイルスの施設内クラスター	1.あった 2.なかった

<ご協力ありがとうございました>

全国老人保健施設協会 FAX:03-3432-4177 または 03-3432-4172 までご返信ください。

調査期間:2024年4月1日～2024年9月30日 回答締切:2024年10月11日(金)

本件問合せ先:全国老人保健施設協会 業務部 TEL:03-3432-4165