

【秘】

苦 情 受 付 書

(苦情受付担当者)

受付日	年 月 日 (曜日)	苦情の発生時期	年 月 日	受付 No.	
記入者		苦情の発生場所			
申出人	氏名 (フリガナ)		住 所	Tel	
	利用者との関係	本人、親、子、その他 ()			
申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入					
苦情の内容	相談の分類	①ケアの内容に関わる事項 ②個人の嗜好・選択に関わる事項 ③財産管理・遺産・遺言等 ④制度・施策・法律に関わる要望 ⑤その他 ()			
申出人の要望等					
備考					
申出人の希望	<input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 回答が欲しい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい <input type="checkbox"/> 改めて欲しい <input type="checkbox"/> その他 []				
申出人への確認	第三者委員への報告の要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄 []				
	話し合いへの第三者委員の助言、立ち合いの要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄 []				

相談記録	
想定原因	<input type="checkbox"/> 説明・情報不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> サービス量 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他 ()
処理経過	
結 果	

