

苦 情 受 付 書

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|-------|-------|--------|
| 受付日 | 年 月 日 | 苦情発生時期 | 年 月 日 | 受付 NO | |
| 記入者 | | | | | 苦情発生場所 |
| 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 | | | |
| 申出人本人以外の場合 利用者氏名、年齢、性別、連絡先 | | | | | |
| 苦 情 の 内 容 | 分類 | ① ケアの内容 ② 個人の嗜好・選択 ③ 財産管理・遺産・遺言 ④ 制度・政策・法律 ⑤ その他() | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 希 望 等 | | | | | |
| | | | | | |
| 備 考 | | | | | |
| | | | | | |
| 要 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 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、立ち会いの要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄[] | | | | |

相談記録

説明・情報不足 職員の態度 サービス内容 サービス量 権利侵害
 その他 []

処理経過

結 果