

苦情受付・経過記録書

受付No.

受付日	令和 年 月 日()		苦情の発生時期発生時期	年 月 日	
記入者			苦情の発生時期発生場所		
申出人	(フリガナ)		住所		
	氏名				
	利用者との発生時期関係	本人、親、子、その発生時期他()		Tel	
申し出が本人以外の場合は以下を記入					
利用者の氏名		年齢		性別	男 ・ 女
連絡先					
苦情の受付					
備考					
申出人の要望	<input type="checkbox"/> 話を聞いてほしい <input type="checkbox"/> 教えてほしい <input type="checkbox"/> 回答がほしい <input type="checkbox"/> 調査してほしい <input type="checkbox"/> 改めてほしい <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 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否				
	話し合いへの第三者の助言、立ち合いの要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)				

(苦情受付担当者記入)

苦情受付・経過記録書

受付No.

想定原因	<input type="checkbox"/> 説明・情報提供不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他
対応経過	
解決策	
結果	