

苦情(相談)対応記録

受付日	年 月 日() 時 分		記入者 (担当者)												
利用者	(フリガナ) 氏 名		被保険者 番 号												
申立人	(フリガナ) 氏 名		利用者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> その他()											
	住 所			電話番号	— —										
区分	<input type="checkbox"/> サービス内容に関する事項 <input type="checkbox"/> 利用料・保険給付に関する事項 <input type="checkbox"/> 施設・設備等に関する事項 <input type="checkbox"/> 制度等に関する事項 <input type="checkbox"/> 要介護認定に関する事項 <input type="checkbox"/> その他()														
苦情等の内容															
事実確認の状況															
対応状況															

裏面のその後の経過、再発防止の取り組みも必ず記入すること。

第 三 者 委 員 ・ 関 係 機 関 等	第 三 者 委 員 へ の 報 告	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 (理由: _____)		
	話 し 合 い へ の 第 三 者 委 員 の 立 会 等	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 (理由: _____)		
	市 町 村 へ の 報 告	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	市 町 村 名	担 当 課 ・ 担 当 者 名
	国 保 連 へ の 申 立	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		担 当 課 ・ 担 当 者 名
	大 阪 府 ほ か 関 係 機 関 等 へ の 申 立	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	申 立 先	担 当 課 ・ 担 当 者 名
	関 係 機 関 等 と の 対 応 状 況			
そ の 後 の 経 過	そ の 後 の 経 過			
	申 立 人 へ の 報 告	年 月 日 () 時 分	方 法 等	
	顛 末 (結 果)			
再 発 防 止 の た め の 取 組 み	苦 情 等 が 発 生 した 要 因 分 析	原 因	<input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度・対応 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> サービス量 <input type="checkbox"/> 管理体制 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
		具 体 的 要 因		
	再 発 防 止 の た め の 改 善 策			
	改 善 策 の 実 践 状 況			
(備 考)				