

苦情(相談)対応記録

受付日	平成 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										
申立人の要望	<input type="checkbox"/> 改善してほしい <input type="checkbox"/> 調査してほしい <input type="checkbox"/> 教えてほしい <input type="checkbox"/> 回答してほしい <input type="checkbox"/> 話を聞いてほしい <input type="checkbox"/> 弁償してほしい <input type="checkbox"/> 提言 <input type="checkbox"/> その他()									
事実確認の状況										
対応状況										

第三者委員・関係機関等	第三者委員	第三者委員への報告		□要 □否（理由： ）		
		話し合いへの第三者委員の立会等		□要 □否（理由： ）		
	市町村への報告	□有 □無	市町村名		担当課・担当者名	
	国保連への申立	□有 □無			担当課・担当者名	
	大阪府ほか関係機関等への申立	□有 □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	□説明不足 □職員の態度・対応 □サービス内容 □サービス量 □管理体制 □権利侵害 □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)						