

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	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)						