

# 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																
																申立人の要望
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	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	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 )						