

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	<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														

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)						