

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	☐ 本人 ☐ 子() ☐ 子の配偶者 ☐ 親 ☐ 事業者 ☐ 市町村 ☐ その他()										
	住 所				電話番号		— —							
区分	☐ サービス内容に関する事項 ☐ 利用料・保険給付に関する事項 ☐ 施設・設備等に関する事項 ☐ 制度等に関する事項 ☐ 要介護認定に関する事項 ☐ その他()													
苦情等の内容														
	申立人の要望	☐ 改善してほしい ☐ 調査してほしい ☐ 教えてほしい ☐ 回答してほしい ☐ 話を聞いてほしい ☐ 弁償してほしい ☐ 提言 ☐ 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）							