

苦 情 受 付 書

受付日	年 月 日	苦情発生時期	年 月 日	受付NO	
記入者		苦情発生場所			
申 出 人	氏 名(フリガナ)	本人、親、子、その他	住	Tel	
	利用者との関係		所		
申出人本人以外の場合 利用者氏名、年齢、性別、連絡先					
苦 情 の 内 容	分類	① ケアの内容 ② 個人の嗜好・選択 ③ 財産管理・遺産・遺言 ④ 制度・政策・法律 ⑤ その他()			
希 望 等					
備 考					
要 望	<input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 回答が欲しい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい <input type="checkbox"/> 改めて欲しい <input type="checkbox"/> その他 []				
申出人 確 認	第三者委員への報告の要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄 []				
	話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄 []				

相談記録	
想定原因	<input type="checkbox"/> 説明・情報不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> サービス量 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他 []
処理経過	
結果	