

苦情(相談)対応記録

受付日	平成 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 制度等に関する事項	利用料・保険給付に関する事項 要介護認定に関する事項	施設・設備等に関する事項 その他()						
苦情等の内容									
	申立人の要望	改善してほしい 弁償してほしい	調査してほしい 提言	教えてほしい その他()	回答してほしい	話を聞いてほしい			
事実確認の状況									
対応状況									

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 権利侵害	職員の態度・対応 その他()	サービス内容	サービス量	管理体制
		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)							