

苦情・相談受付書

受付日	令和 年 月 日 (曜日)	記録者	
申出人	氏名	住所	TEL ()
	利用者氏名		
	利用者との関係 本人・子・兄弟・その他 ()	相談 形態	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 文書・手紙 <input type="checkbox"/> その他 ()
苦情の発生場所		発生 時期	令和 年 月 日
苦情の内容			苦情の分類 ① ケアの内容に関する事項 ② 個人の嗜好・選択に関する事項 ③ 財産管理に関する事項 ④ 制度・法律に関する事項 ⑤ 利用料金に関する事項 ⑥ 連携、支援に関する事項 ⑦ その他
申出人の希望等			
備考			
申出人の 要望	<input type="checkbox"/> 話を聞いてほしい <input type="checkbox"/> 教えてほしい <input type="checkbox"/> 調査してほしい <input type="checkbox"/> 改めてほしい <input type="checkbox"/> その他		
申出人へ の確認	第三者委員への報告の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 確認欄	
	話し合いへの第三者委員の助言・立会いの希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 確認欄	