

様式第1号

苦情受付書  
(施設名 )

受付年月日	年 月 日 ( )	受付番号	
導入経路	<input type="checkbox"/> 苦情受付担当者 (利用者から・他職員から) <input type="checkbox"/> 第三者委員経由 <input type="checkbox"/> はがき・投書箱 <input type="checkbox"/> 介護相談員 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
受付方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
申出人氏名	(フリガナ)	住所	TEL
利用者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
利用者氏名 (本人以外の場合)	氏名	連絡先	
苦情の内容	苦情の発生	(日時) 令和 年 月 日 (場所)	
	苦情の分類	<input type="checkbox"/> 処遇の内容に関する事項 <input type="checkbox"/> 個人の嗜好、選択にかかる事項 <input type="checkbox"/> 虐待、放置、脅迫、搾取等にかかわる事項 <input type="checkbox"/> 制度、施策又は法律に関わる事項 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	《具体的な苦情等の内容》		
	《回答》		
申出人の要望	<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 ( )		
解決年月日	令和 年 月 日		
第三者委員の立ち会い・助言の要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否		
苦情受付担当者		申出人確認欄	令和 年 月 日
回答方法	<input type="checkbox"/> 申出人個人への回答 (口頭・文書) <input type="checkbox"/> 掲示板への張り出し <input type="checkbox"/> 通信への掲載 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

《回答レベル》

苦情受付担当者    苦情解決責任者    苦情解決統括責任者    第三者委員

第三者委員	統括責任者	解決責任者