

# 苦情受付書

受付No. \_\_\_\_\_

受付日	平成 年 月 日 ( )	発生時期	平成 年 月 日
記入者		発生場所	
申出人	フリガナ	利用者との関係	本人 ・ 親 ・ 子
	氏名		その他( )
	住所	〒	
	連絡先		
	申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入		
苦情の内容	相談の分類	①ケアの内容に関わる事項 ②個人の嗜好・選択に関わる事項 ③財産管理・遺産・遺言等 ④制度、施策、法律に関する要望 ⑤その他( )	
申出本人の希望等			
備考			
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 [ ]		
申出人への確認	第三者への報告の要否	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、立会いの要否	要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	確認欄 [ ]