

# 相談・苦情 対応記録

		事業所名	管理者名	印
受付日時 年 月 日 ( )曜日 時 分～ 時 分			受付No.	
相談者 氏名		被保険者 との関係	受付者 氏名	
住所 〒 - TEL( ) -		受付方法	電話・来所・訪問・文書 その他( )	
<b>【相談・苦情種類】</b> <input type="checkbox"/> サービスの費用について <input type="checkbox"/> 管理者等の対応について <input type="checkbox"/> 具体的な被害・損害について <input type="checkbox"/> 契約・手続関係について		<input type="checkbox"/> 介護従事者の態度について <input type="checkbox"/> 説明・情報の不足について <input type="checkbox"/> 利用者負担について <input type="checkbox"/> その他( )		
<b>【相談・苦情内容】</b>				
<b>【対処方法】</b> <input type="checkbox"/> その場で回答 <input type="checkbox"/> その場で紹介 <input type="checkbox"/> その場で解決 <input type="checkbox"/> 後日回答( 年 月 日 予定) <input type="checkbox"/> 苦情として保険者へ連絡				
<b>【対処内容】</b>				

(説明が必要な場合に署名又は記名・押印をいただきます。)

上記について、説明を受けました。

年 月 日

氏名

印