

理事長	管理責任者

# 苦情報告書

(施設名：介護老人保健施設リリクケアセンター)

相談者氏名		関係・続柄	
相談日時	年 月 日 ( )	連絡先	

関係職員名		対象日時	年 月 日 ( )
苦情の種別	<input type="checkbox"/> 接遇 <input type="checkbox"/> 介護技術 <input type="checkbox"/> 所有物 <input type="checkbox"/> 衛生 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 設備 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
苦情内容詳細			記載者印

対応内容詳細		記載者印
--------	--	------

原因の特定 (主要因：●)	<input type="radio"/> 職員 :	記載者印
	<input type="radio"/> 方法 :	
	<input type="radio"/> 設備 :	
	<input type="radio"/> 材料 :	
	<input type="radio"/> 環境 :	

再発防止の必要性	<input type="checkbox"/> あり (下記の再発防止計画欄に記入) <input type="checkbox"/> なし
----------	---

再発防止計画	関係原因	実施日	誰が	いつ	何を	どうする	計画者
							計画者印

レビュー予定日	年 月 日	実施方法	
---------	-------	------	--

