苦情・要望対応記録

受付日時: 平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　:　　～　　:
報 告 者: 所属:　　氏名:
受付形態: 電話 ・ 口頭 ・ ご意見箱 ・ その他（　　）
相手情報: 患者氏名:　　（ID　　） ＊患者以外の場合は、連絡先等についても記述する。
苦情・要望・提案内容:（発生日時、関係者、事実関係についてできる限りの情報を収集すること）
受付時対応: 発生部門責任者 :　　年　　月　　日　　㊞
原因: 発生部門責任者 :　　年　　月　　日　　㊞
改善指示（改善の必要性、実施者、責任者、実施方法、合格基準、効果の検証方法）: 業務改善委員会 委員長:　　年　　月　　日　　㊞
実施記録: 実施責任者:　　年　　月　　日　　㊞
効果の検証記録: 業務改善委員会 委員長:　　年　　月　　日　　㊞