

医療安全相談窓口受付票

受付日			受付者（相談担当者）			受付番号		
受付時間			終了時間			相談時間	分	
相談者	住所					年代		
	氏名					患者との関係		
	性別			電話番号				
施設分類				医療機関名				
診療科目								
相談項目	相談：				苦情：			
	相談：				苦情：			
	相談：				苦情：			
相談者の要望								
相談概要								
対応の概要								
対応状況				主な紹介先				
相談者の納得度								