附件2

**玉溪市中医医院（患者）投诉登记表**

投诉方式：□来电 □来访 □来信 □其他

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投诉人姓名 |  | 与患者关系 |  |
| 患者姓名 |  | 患者性别/年龄 |  |
| 住院/门诊号 |  | 联系电话 |  |
| 投诉时间 |  | 邮政编码 |  |
|  地 址 |  |
| 被投诉科室/人员 |  | 接待者/记录人 |  |
| 投诉内容及要求：投诉人签字确认： 投诉人签字确认： 年 月 日 |
| 投诉管理部门拟办意见： 签字：年 月 日 | 分管领导意见：分管领导签字：年 月 日 |

|  |
| --- |
| 调查核实情况： 调查者： 年 月 日 |
| 初步处理意见：   办理科室： 年 月 日 |
| 结果反馈：□投诉者不接受处理意见 □投诉者接受处理意见 □投诉者满意  反馈者： 年 月 日 |
| 最终处理意见：  办理科室（签字、盖章）： 年 月 日 |

说明：本表一式二份（受理科室、投诉管理办各一份）。