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）。