|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **台州市立医院投诉登记单** | | | | |
| **患者资料** | **姓名** |  | **病历号或门诊号** |  |
| **年龄** |  | **联系电话** |  |
| **性别** |  | **文化程度** |  |
| **婚姻** |  | **身份证号** |  |
| **职业** |  | **家庭住址或单位名称** |  |
| **投诉人资料** | **姓名** |  | **与患者关系** |  |
| **联系电话** |  | **家庭住址（或单位）** |  |
| **投诉类型** | **医疗投诉（ ） 服务投诉（** ） 行风投诉（ ） 其他（ ） | | | |
| **投诉内容** | **争议发生时间** |  | 投诉日期 |  |
| **涉及的科室** |  | | |
| **涉及的工作人员** |  | | |
| **投诉事实与理由** |  | | |
| **调查情况** |  | | | |
|  |  | | | |
| **科室讨论意见及整改措施** |  | | | |
| **医院意见** |  | | | |
| 备注：1、如表格不足填写，可附后。2、以上陈述和意见可能作为法律依据，希慎重考虑，认真填写。  本投诉登记单请发送至医院邮箱tzslyyjjjcs@163.com，我们将在5个工作日内向您反馈调查及处理情况；涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的投诉事项，在10个工作日内反馈。 | | | | |