

# クレーム対応報告書

報告日 年 月 日

A 発生日: 年 月 日 AM・PM 時 分頃
B クレーム者: <input type="checkbox"/> 患者・家族 <input type="checkbox"/> 処方医 <input type="checkbox"/> その他( )
C クレームの内容・訴え
D 薬局の対応
E 再発防止策・改善事項

\* これまでに経験されたクレームについて、できる限り詳しく記載お願いいたします。