

# แบบบันทึกคำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ

## Customer Complaint Report

เลขที่ CCR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ชื่อผู้ป่วย \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ ชื่อผู้ร้องเรียน \_\_\_\_\_

โทร. \_\_\_\_\_

คำร้องเรียน(ระบุ วัน, เวลา และสถานที่เกิดเหตุเท่าที่จะจำได้) \_\_\_\_\_

การแก้ไขเบื้องต้นและข้อเสนอแนะ \_\_\_\_\_

ผู้รายงาน \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ด้านงานบริการ

ด้านกายภาพ

ด้านภาพลักษณ์

หาข้อมูลเพิ่มเติม

ติดตามความถี่ของปัญหา

ออก CAR เลขที่ CAR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_