附件： **医院信访投诉登记表**

信访投诉方式：□来电 □来访 □来信 □其他

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 来访人姓名 |  | 与患者关系 |  |
| 患者姓名 |  | 患者性别 |  |
| 患者年龄 |  | 住院/门诊号 |  |
| 来访时间 |  | 涉及科室 |  |
| 联系电话 |  | 涉及人员 |  |
| 住址或单位 |  | | |
| 内容：  记 录 人：  信访人签字： | | | |
| 调查核实情况：  记录： 年 月 日 | | | |
| 医院领导阅示： | | | |
| 处理结果：  记录： 年 月 日 | | | |
| 反馈记录：  记录： 年 月 日 | | | |
| 备注：  记录： 年 月 日 | | | |

审核人