

患者アドボカシー・医療費支援一元化法務受
付プログラム (Patient Advocacy Centralized
Hospital Financial Aid Law Intake Program)

連絡先情報

ファーストネーム： _____ ラストネーム： _____

日付： _____

保健局関連事項に対するあなたの連絡先を記入してください

住所： _____

市： _____ 州： _____ ZIP: _____

日中の電話番号： _____ その他の電話番号： _____

Eメールアドレス： _____

患者の方とのご関係： _____

匿名での連絡を希望しますか？（上記の説明を参照してください） いいえ 暗号化メール

患者の方に関する情報

ファーストネーム： _____ ラストネーム： _____

予約日： _____ 今後の予約日： _____

生年月日（MM/DD/YYYY）： _____ 退院日（該当する場合）（MM/DD/YYYY）： _____

施設に関する情報

施設名： _____

施設の住所： _____

市： _____ 州： _____ ZIP: _____

苦情に関する情報

施設にその苦情を報告しましたか？： はい いいえ

何が起きたのかを説明してください： _____

その問題はいつ（日時）発生しましたか？： _____（MM/DD/YYYY） _____（24時間表記）

その問題は今も続いていますか？： はい いいえ

入居者／患者の方は、現在も施設にいらっしゃいますか？： はい いいえ

それはどのようにして起きたのですか？： _____

そのほかに、他の職員、ボランティア、家族、他の患者や入居者、訪問者など、関係する人はいますか？： はい いいえ

「はい」の場合、その人が誰かお知らせください： _____

その場面を見た人はいますか？： はい いいえ

「はい」の場合、その人が誰かお知らせください： _____

このことについて何か措置を講じましたか？： はい いいえ

「はい」の場合、取った措置を記述してください： _____

医療費支援担当者（Financial Assistance Rep）、患者体験担当者、（Patient Experience Rep）

または施設のスタッフの誰かに話しましたか？： はい いいえ

「はい」の場合、その人が誰かお知らせください： _____

警察などの法執行機関は関わりましたか？： はい いいえ

施設側は状況に対応しようとしたか？： はい いいえ

「はい」の場合、対応を記述してください： _____

同じ人、または他の人に対して、同様のことが以前にも起こったことがあるかどうかご存知ですか？： はい いいえ

「はい」の場合、対応を記述してください： _____

他に苦情に含めるべき重要な情報があれば、以下の欄にご記入ください。内容は10,000語以内でお書きください。