

宏恩醫院檢驗科

顧客意見反應服務紀錄單

日期： 年 月 日

反應方式	<input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 電話 (接聽者：) <input type="checkbox"/> 信件或 e-mail (如附件) <input type="checkbox"/> 其他：	類別	<input type="checkbox"/> 服務態度 <input type="checkbox"/> 硬體設施 <input type="checkbox"/> 環境清潔 <input type="checkbox"/> 制度流程 <input type="checkbox"/> 醫療品質技術 <input type="checkbox"/> 其他：
反應時間	年 月 日 時 分	來源/名稱	<input type="checkbox"/> 內部 <input type="checkbox"/> 外部 _____
反應屬性	<input type="checkbox"/> 建議 <input type="checkbox"/> 抱怨 <input type="checkbox"/> 申訴 <input type="checkbox"/> 肯定 <input type="checkbox"/> 其他:		
反應事項說明：			
顧客希望或建議： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 建議：			
回覆資訊	<input type="checkbox"/> 顧客表明不需回覆 <input type="checkbox"/> 需要回覆 聯絡方式 電話：_____ 傳真：_____ E-mail：_____ 地址：_____		
註：本單填寫後立即送交品質主管。 填單人：_____			
品質主管初審： <input type="checkbox"/> 交附承辦人：_____ 依不符合事項處理。處理編號：_____ <input type="checkbox"/> 已處理結案(結案日期：____年____月____日)。處理摘要如下：			
回覆處理情形	※ 概況說明： ※ 回覆方式： <input type="checkbox"/> 電話溝通 <input type="checkbox"/> 面對面溝通 <input type="checkbox"/> 無法取得聯絡 ※ 顧客反應： <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 尚可接受 <input type="checkbox"/> 不滿意 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 回覆人：_____ 回覆日期：_____ </div>		

品質主管：

實驗室主管：

CO-QR-7.7/01