

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวณิรรา ใจชุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน ตุลาคม 2561

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
		ไม่มีผู้ร้องเรียน	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จันท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ		ไม่มี <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล			

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, กำมเขย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวชนิภา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน พฤศจิกายน 2561

เดือน / ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง)	
	ไม่มีผู้ร้องเรียน	- โทรศัพท์ - ร้องเรียนกับ จนท. - หนังสือ/จดหมาย - เว็บไซต์/E-MAIL - อื่นๆ .....	..... ..... ..... ..... .....	มีมูล - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4 ไม่มีมูล	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลทางจิตเวช

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวศนิษฐา ใจชุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน ธันวาคม 2561

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
		ไม่มีผู้ร้องเรียน	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ জনท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ		ไม่มี <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล			

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวชนิษฐา ใจชุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำปีเดือน มกราคม 2562

เดือน / ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	ช่องทาง	จำนวนข้อร้องเรียน		จำนวน (เรื่อง)	จำนวน (เรื่อง)	ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
			จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน			ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง)	
	ไม่มีผู้ร้องเรียน	- โทรศัพท์ - ร้องเรียนกับ จนท. - หนังสือ/จดหมาย - เว็บไซต์/E-MAIL - อื่นๆ	มีผู้ - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4 ไม่มีผู้	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวศนิรา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน กุมภาพันธ์ 2561

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
		ไม่มีผู้ร้องเรียน	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ জনท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ		มีมูล <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล			

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี 4 ระดับ : ระดับ 1 ข้อคิดเห็น, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนริศราใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน มีนาคม 2562

เดือน / ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง)	
	ไม่มีผู้ร้องเรียน	- โทรศัพท์ - ร้องเรียนกับ জনท. - หนังสือ/จดหมาย - เว็บบอร์ด/E-MAIL - อื่นๆ .....	..... ..... ..... ..... .....	มีมูล - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4 ไม่มีมูล	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....