



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง โทร ๐๕๔-๒๖๙๕๐๖

ที่ ลป๐๐๓๒.๓๐๑/๒๗

วันที่ ๑๖ มิ.ย. ๒๕๖๒

เรื่อง รายงานสรุปผลการดำเนินงานการร้องเรียนของโรงพยาบาลห้างฉัตร ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

จำแนกตามช่องทางที่โรงพยาบาลห้างฉัตร กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

๑. โทรศัพท์ ๐๕๔-๒๖๙๕๐๖ ต่อ ๐ เจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน , ๐๕๔-๒๖๙๒๓๒ ไม่มีบุคคลใดร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

๒. เว็บไซต์โรงพยาบาลห้างฉัตร www.hangchathospital.com ปีงบประมาณ พ.ศ ๒๕๖๒ ไม่มีบุคคลใดร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

๓. ผู้รับข้อร้องเรียนตามจุดบริการต่างๆ ในโรงพยาบาล ๑๐ ตู้ ไม่มีบุคคลใดร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

๔. อื่นๆ เช่น ร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่โดยตรง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ไม่มีบุคคลใดร้องเรียนในโรงพยาบาลห้างฉัตร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

(นางสาวธนิษฐา ใจชุม)

..... นักประชาสัมพันธ์

ลงชื่อ.....

(นายแพทย์พนรัตน์ วิชระจรกุล)

รก.ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลทางสัตว

แบบฟอร์ม Complaint_01

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

ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน 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)
1.		ไม่มีผู้ร้องเรียน	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์/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 : นางสาวนิรวิรา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน ตุลาคม 2561

วัน/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 - เว็บบอร์ด/E-MAIL - อื่นๆ .....	..... ..... ..... ..... .....	มีมูล - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4	..... ..... ..... ..... .....		
				ไม่มีมูล				

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint_01

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

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของข้อร้องเรียน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
1.		ไม่ระบุผู้ร้องเรียน	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์/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 ข้อร้องเรียนเด็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิรวา ใจชุม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน พฤศจิกายน 2561

วันเดือน/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 - เว็บบอร์ด/E-MAIL - อื่นๆ .....	..... ..... ..... ..... .....	มีมูล - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
				ไม่มีมูล				

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลทางนัศร

แบบฟอร์ม Complaint_01

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวศรนิศรา 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)
I.		ไม่มีผู้ร้องเรียน	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <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 ข้อร้องเรียนเด็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนือจากกรมอนามัย
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับความร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลท่ากุดจิก

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

วัน/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 - เว็บบอร์ด/E-MAIL - อื่นๆ .....	..... ..... ..... ..... .....	มีมูล - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4 ไม่มีมูล	..... ..... ..... ..... .....		

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลทางนัศตร

แบบฟอร์ม Complaint_01

หน้ายงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวศนิวรา ใจชุ่ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน มกราคม 2562

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
1.		ไม่มีผู้ร้องเรียน	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <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 ข้อร้องเรียนเด็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจกรมอนามัย
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวนิราริา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน มกราคม 2562

วัน/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 - เว็บบอร์ด/E-MAIL - อื่นๆ .....	..... ..... ..... ..... .....	มีมูล - ระดับ 1 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 4	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
				ไม่มีมูล				

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลหาดใหญ่

แบบฟอร์ม Complaint_01

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวณิรรา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน กุมภาพันธ์ 2562 โทรศัพท์ : 054-269506-0

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
1.		ไม่มีผู้ร้องเรียน	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <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, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ 2 ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ 3 ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ 4 ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจอนามัย
 - ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน 15 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ 3 พิจารณาตามความเหมาะสม)

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลทั้งองค์กร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวณิรรา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่าไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน กุมภาพันธ์ 2562

วัน/เดือน/ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับข้อร้องเรียน	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				