

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ    ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาววีรินทร์พิมล จินดารัตน์    โทรศัพท์ : ๐๕ ๔๒๖๙ ๕๐๖๐  
 ขอรายงานว่า มีเรื่องร้องเรียน ประจำเดือน.....มีนาคม ๒๕๖๗.....ตามตาราง ดังนี้

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของข้อร้องเรียน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
๑	๑๒/๑/๖๗	ไม่ประสงค์ออกนาม	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์/E-MAIL <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .ผู้แสดงความความคิดเห็น	- เนื่องจากช่วงเวลา ๑๐.๐๐ น. ช่องรับยาเปิดให้บริการช่องจำนวนน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยรอนาน อยากให้เปิดช่องรับยาเพิ่มมากขึ้น เพื่อผู้ป่วยจะได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น และไม่ต้องเสียเวลามาก	มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ ๑ <input type="checkbox"/> ระดับ ๒ <input type="checkbox"/> ระดับ ๓ <input type="checkbox"/> ระดับ ๔ <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	- งานเภสัชกรรม	- เนื่องจากเภสัชกรรม ได้เข้าอบรม จำนวน ๑ ท่าน ลาดลอด จำนวน ๑ ท่าน ออก FCT จำนวน ๑ ท่าน เข้าห้องตรวจเบอร์ ๓ เพื่อให้คำปรึกษา จำนวน ๑ ท่าน จึงทำให้เจ้าหน้าที่ที่พร้อมให้บริการ OPD เหลือเพียงจำนวน ๒ ท่าน โดยเภสัชกรรม รายที่ ๑ ให้บริการตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐ น. เภสัชกรรม รายที่ ๒ ให้บริการตั้งแต่ เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ถ้ามีผู้ป่วยจำนวนมาก เภสัชกรรม รายที่ ๒ จะช่วยงานก่อนเวลา ๑๐.๐๐ น. ในวันนั้น ช่วงเวลา ก่อน ๑๐.๐๐ น. ผู้ป่วยมีจำนวนไม่เยอะมาก ผู้ป่วยทยอยมารับยา แต่ผู้ป่วยจะเยอะในช่วงเวลา ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ซึ่งในช่วงเวลานั้น หัวหน้าเภสัชกรรม กำลังเข้าประชุม กกบ. จึงทำให้มีเภสัชกรรมจ่ายยาเพียงคนเดียว	

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
๒	๑๕/๒/๖๗	ไม่ประสงค์ออกนาม	<input checked="" type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ	- เนื่องจากห้องน้ำแฉวบริเวณทาง จะไปอาคารแพทย์แผนไทยไม่สะอาด อยากให้ม้เจ้าหน้าที่เข้ามาดูแล และ ตรวจเช็คบ่อย ๆ	มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ ๑ <input type="checkbox"/> ระดับ ๒ <input type="checkbox"/> ระดับ ๓ <input type="checkbox"/> ระดับ ๔ <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	- งานบริหารทั่วไป	- ได้แจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบ เรื่องนี้ ให้ปรับปรุงเรื่องของ ความสะอาด และให้ตรวจเช็ค ห้องน้ำมากยิ่งขึ้น เพื่อจะได้ไม่ เกิดปัญหาพวกนี้ตามมา	-
๓	๑๙/๒/๖๗	ไม่ประสงค์ออกนาม	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input checked="" type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ	- เนื่องจากมารับบริการงานทันต กรรม ในช่วงเวลา ๑๑.๒๐ น. ซึ่งเสร็จ จากการทันตกรรมแล้ว จึงสอบถาม เพิ่มเติมกับเจ้าหน้าที่ตรงหน้าห้อง ทันตกรรม แต่เจ้าหน้าที่ได้ทำ พฤติกรรมที่แย่ โดยการพูดจาไม่ดี และให้คำตอบที่ไม่ชัดเจน	มีมูล <input type="checkbox"/> ระดับ ๑ <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ ๒ <input type="checkbox"/> ระดับ ๓ <input type="checkbox"/> ระดับ ๔ <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	- งานทันตกรรม	- ได้เรียกมาสอบถามถึงข้อ เท็จจริงจากกรณีดังกล่าว โดย เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูล แต่ด้วย น้ำเสียง และสำเนียง จึงอาจ ทำให้ผู้มารับบริการรู้สึกไม่ดี	-
๔	๒/๓/๖๗	ไม่ประสงค์ออกนาม	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์/E-MAIL <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ	- บริเวณทางเดินจากห้องฉุกเฉินไป ยังห้องเอ็กซเรย์ แสงสว่างไม่เพียงพอ อยากจะให้โรงพยาบาลเพิ่มแสงสว่าง ให้เพียงพอ	มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ ๑ <input type="checkbox"/> ระดับ ๒ <input type="checkbox"/> ระดับ ๓ <input type="checkbox"/> ระดับ ๔ <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	- งานบริหารทั่วไป	- อยู่ระหว่างการหารือ เรื่อง การติดตั้งหลอดไฟ เพื่อเพิ่ม แสงสว่างภายในและภายนอก อาคาร	-
๕	๑๐/๓/๖๗	ไม่ประสงค์ออกนาม	ระบุ .ตุ้แสดงความคิดเห็น <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์/E-MAIL <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .ตุ้แสดงความคิดเห็น	- ถนนหน้าโรงพยาบาลชำรุด เนื่องจากเป็น ผู้สูงอายุ เวลา ขับรถจักรยานยนต์แล้วจะเกิด อุบัติเหตุ อยากให้มีการปรับปรุง และซ่อมแซม	มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ ๑ <input type="checkbox"/> ระดับ ๒ <input type="checkbox"/> ระดับ ๓ <input type="checkbox"/> ระดับ ๔ <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	- งานบริหารทั่วไป	- อยู่ระหว่างการหารือ ในส่วน ของงบประมาณซ่อมแซม	-

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)

หมายเหตุ - ระดับของข้อร้องเรียน มี ๔ ระดับ : ระดับ ๑ ข้อคิดเห็น, คำชมเชย, สอบถามข้อมูล ระดับ ๒ ข้อร้องเรียนเล็ก ระดับ ๓ ข้อร้องเรียนใหญ่ ระดับ ๔ ข้อร้องเรียนนอกเหนืออำนาจรณนมาย  
- ระยะเวลาของการดำเนินการตอบกลับผู้ร้องเรียน ไม่เกิน ๑๕ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องร้องเรียน (ยกเว้นระดับ ๓ พิจารณาตามความเหมาะสม)

## แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ    ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาววีรินทร์พิมล จินดารัตน์    โทรศัพท์ : ๐๕ ๔๒๖๙ ๕๐๖๐  
 ขอรายงานว่า มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน.....มีนาคม ๒๕๖๗.....ตามตาราง ดังนี้

เดือน / ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	ตอบกลับภายใน ๑๕ วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน ๑๕ วันทำการ (เรื่อง)	
๑/๖๗	๑ คน	ผู้แสดงความคิดเห็น	๑	๑	๑	-	-	-
๒/๖๗	๒ คน	โทรศัพท์	๒	๑	๑	๒	-	-
๓/๖๗	๒ คน	ร้องเรียนกับ จนท.		๒				
		ผู้แสดงความคิดเห็น	๑	๑	๑	๒	-	-
			๑	๑	๑			

