

## แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาววิรินทร์พิมล จินดารัตน์ โทรศัพท์ : 0 5426 9506 ต่อ 148

ขอรายงานว่ามีเรื่องร้องเรียน ประจำเดือน มีนาคม 2567

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	12/3/67	ไม่ประสงค์ ออกนาม	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ ผู้แสดงความคิดเห็น	- เนื่องจากช่วงเวลา 10.00 น. ช่อง รับยาเปิดให้บริการช่องจำนวน น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยรอนาน อยาก ให้เปิดช่องรับยาเพิ่มมากขึ้น เพื่อ ผู้ป่วยจะได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น และไม่ต้องเสียเวลามาก	มีมูล <input type="checkbox"/> ระดับ 1 <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	- ห้องยา	-เนื่องจากเภสัชกรรม ได้เข้าอบรม จำนวน 1 ท่าน ลาดลอด จำนวน 1 ท่าน ออก FCT จำนวน 1 ท่าน เข้า ห้องตรวจเบอร์ 3 เพื่อให้คำปรึกษา จำนวน 1 ท่าน จึงทำให้เจ้าหน้าที่ที่ พร้อมให้บริการ OPD จำนวน 2 ท่าน โดยเภสัชกรรม รายที่ 1 ให้บริการ ตั้งแต่ เวลา 08.30 น. เภสัชกรรม รายที่ 2 ให้บริการตั้งแต่ เวลา 10.00 – 12.00 น. ถ้ามีผู้ป่วยจำนวนมาก เภสัชกรรม รายที่ 2 จะช่วยงานก่อนเวลา 10.00 น. ในวันนั้น ช่วงเวลาก่อน 10.00 น. ผู้ป่วยมีจำนวนไม่เยอะมาก ผู้ป่วย ทยอยมารับยาแต่ผู้ป่วยจะเยอะใน ช่วงเวลา 11.00 – 12.00 น. ซึ่งในช่วง เวลานั้น หัวหน้าเภสัชกรรม กำลัง เข้าประชุม กทบ. จึงทำให้มีเภสัช กรรมจ่ายยาเพียงคนเดียว	

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 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 : ประกันสุขภาพฯ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาววิรินทร์พิมล จินดารัตน์ โทรศัพท์ : 0 5426 9506 ต่อ 148  
 ขอรายงานว่า มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน มีนาคม 2567

เดือน / ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง)	
12/3/67	1 คน	ผู้แสดงความคิดเห็น	1	1	1	-	-	-

## แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint\_๐๑

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ

ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาววิรินทร์พิมล จินดารัตน์

โทรศัพท์ : ๐ ๕๔๒๖ ๙๕๐๖ ต่อ ๑๔๘

ขอรายงานว่ามีเรื่องร้องเรียน ประจำเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๗

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข/ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
๑	๑๖/๐๕/๒๕๖๗	ไม่ประสงค์ออกนาม	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ... <u>แสดงความคิดเห็น</u>	ขอให้ปรับปรุงพนักงาน ซักประวัติล่าช้า	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	คลินิก NCD	แจ้งพนักงานให้ปรับปรุงการซัก ประวัติ โดยให้จัดบริหารเรื่อง ของเวลา เพื่อไม่ให้เกิดปัญหา ของการล่าช้า	-

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

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint\_๐๒

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ

ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาววิรินทร์พิมล จินดารัตน์

โทรศัพท์ : ๐ ๕๕๒๖ ๙๕๐๖ ต่อ ๑๔๘

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๗

เดือน/ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	ตอบกลับภายใน ๑๕ วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน ๑๕ วันทำการ (เรื่อง)	
๐๕/๒๕๖๗	๑	ผู้แสดงความคิดเห็น	๑	๒	๑	-	-	-

## แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint\_๐๑

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ

ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาววิรินทร์พิมล จินดารัตน์

โทรศัพท์ : ๐ ๕๔๒๖ ๙๕๐๖ ต่อ ๑๔๘

ขอรายงานว่ามีเรื่องร้องเรียน ประจำเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๗

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข/ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
๑	๐๔/๐๗/๒๕๖๗	ชื่อ : นางกฤษณา ไชยศร ที่อยู่ : ๑๑๕ ม.๗ บ.ปิ่นง้าว ต.ห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง โทร. : ๐๘ ๐๖๘๙ ๕๗๘๐	<input checked="" type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	เนื่องจากมารับบริการ วันเสาร์ที่ ๒๙ มิถุนายน ผ่านมา ได้รับการวินิจฉัยว่า กระดูกแขนหัก โดยแพทย์ แจ้งว่าให้ไปรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลลำปาง ใน วันศุกร์ ที่ ๕ กรกฎาคม ผู้ป่วยรู้สึกว่ารอนานเกินไป ไม่ได้รับการรักษาทันที่	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	งาน ER	ได้ประสานไปยังญาติของผู้ป่วย เพื่ออธิบายวิธีการในการรักษา และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น เรียบร้อยแล้ว	๐๔/๐๗/๒๕๖๗
๒	๐๔/๐๗/๒๕๖๗	ชื่อ : นายภูมินท์ นันตะกุล ที่อยู่ : ๒๖๘ ม.๗ ต.บ้านคำ อ.เมือง จ.ลำปาง โทร. : ๐๙ ๘๖๑๒ ๓๙๘๙	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..ตู้แสดงความคิดเห็น	เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน พูดจาไม่ดี และใช้คำไม่ สุภาพกับผู้มารับบริการ	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	งานเวชระเบียน	หัวหน้ากลุ่มงานได้สอบข้อเท็จจริง และกล่าวตักเตือนเจ้าหน้าที่ผู้ ให้บริการ ณ ตอนนั้น รวมถึงแจ้ง เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนท่านอื่น ให้ใช้คำพูดที่สุภาพแก่ผู้มารับ บริการ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาแบบนี้ ขึ้นอีก	๐๔/๐๗/๒๕๖๗

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

## แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint\_๐๑

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ

ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาววิรินทร์พิมล จินดารัตน์

โทรศัพท์ : ๐ ๕๔๒๖ ๙๕๐๖ ต่อ ๑๔๘

ขอรายงานว่ามีเรื่องร้องเรียน ประจำเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๗

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี เวลา	ชื่อ/ที่อยู่/โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข/ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
๓	๒๔/๐๗/๒๕๖๗	ไม่ประสงค์ออกนาม	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ...ผู้แสดงความคิดเห็น	ปรับปรุงบริเวณลานจอดรถ มีแต่หลุมและบ่อทางเดินไม่สามารถเดินได้เนื่องจากมีน้ำขัง มารับบริการหลายปีก็ไม่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเลย	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	งานบริหารฯ	-	-

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

แบบฟอร์มรายงานสรุปข้อร้องเรียนโรงพยาบาลห้างฉัตร

แบบฟอร์ม Complaint\_๐๒

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ

ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาววีรินทร์พิมล จินดารัตน์

โทรศัพท์ : ๐ ๕๔๒๖ ๙๕๐๖ ต่อ ๑๔๘

ขอรายงานว่ามีข้อร้องเรียน ประจำเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๗

เดือน/ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (คน)	ตอบกลับภายใน ๑๕ วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน ๑๕ วันทำการ (เรื่อง)	
๐๗/๒๕๖๗	๓	ผู้แสดงความคิดเห็น	๒	๒	๒	การใช้คำพูดของเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน โดยสอบข้อเท็จจริง และกล่าวตักเตือน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาแบบนี้ขึ้นอีก	-	-
		โทรศัพท์	๑	๒	๑	การให้บริการของงานการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในวิธีการรักษา และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น	-	-