

แบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการ ประจำปี 2566

โรงพยาบาลห้างฉัตร

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวธนวิรา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0

ขอรายงานว่ามีเรื่องร้องเรียน ประจำปี 2566

ลำดับ	วันเดือน/ปี เวลา	ชื่อ / ที่อยู่ / โทรศัพท์ ผู้ร้องเรียน	ผ่านช่องทาง	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ระดับของ ข้อร้องเรียน	หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ และผลการดำเนินงาน แก้ไข / ปรับปรุง	วันที่ตอบกลับ ผู้ร้องเรียน (วัน/เดือน/ปี)
1	24/4/66	นาย ทองใบ จันทะคำ	<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	<p>- ผู้ป่วยมารักษาในวันที่ 17/4/66 คิวอาการไม่ มีแรง ถ่ายไม่ออก เจ็บ ชักตรง ๆ ได้รับการ เอกซเรย์ และเจาะเลือด หมอแจ้งว่า อุจจาระ เต็มท้อง และได้เข้ารับ การรักษาคือครั้งวันที่ 20/4/66 ขอไปตั้งตัวไป ที่ รพศ. หมอไม่ออก ให้ รับประทานยาเดิม กลับ บ้าน อาการ ไม่ดีขึ้น จึง เข้ารับการรักษาที่ คลินิก หมอที่คลินิก แจ้งว่าเป็น มะเร็งตับ ระยะสุดท้าย</p>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มี	<p>ห้อง อุบัติเหตุ ศู ฉุกเฉิน - จุด ผู้ป่วย นอก</p>	<p>ให้ข้อมูลคนไข้มากขึ้น จัด นำข้อร้องเรียนนี้ไป กรณีสึกษาและไม่ให้เกิด ข้อร้องเรียนอีก</p>	30/4/66

2	3/4/66	-	<input type="checkbox"/> โทรศัพท <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input checked="" type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ	- นักรอรับบริการจ่ายยา นานเกินกว่า 30 นาที มี ความล่าช้ามากขอให้ พัฒนาการจ่ายยาให้เร็ว กว่านี้	มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	-	- ห้องยา จ่ายยาให้รวดเร็วมากขึ้น	10/4/66
3	7/4/66	นางช่อทิพย์ ฤกษ์ปลูก	<input type="checkbox"/> โทรศัพท <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input checked="" type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ	- ที่นั่งหน้าห้องทันตศ รรมอากาศร้อนมาก ต้องการตัวช่วยระบาย ความร้อนให้กับผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่	มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	-	- ห้องทัน ศกรรรม ปรับภูมิทัศน์ให้อากาศ ถ่ายเทได้มากขึ้น	10/4/66
4	10/4/66	นางพลอย สีเสียว	<input type="checkbox"/> โทรศัพท <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input checked="" type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ	- ติดต่อทำบัตรไปตรวจ โรคหัวใจ แต่ เจ้าหน้าที่ตั้งตรวจผิด จุดบริการ	มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	-	- เจ้าหน้าที่เวช ระเบียนสอบถาม ผู้รับบริการให้ ละเอียดมากขึ้น เพื่อลดการ คัดพลาดในการ	15/4/66

5	17/4/66	-	<input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ร้องเรียนกับ จนท. <input checked="" type="checkbox"/> หนังสือ/จดหมาย <input type="checkbox"/> เว็บบอร์ด/E-MAIL <input type="checkbox"/> อื่นๆ	- เข้าหน้าที่ห้องเจาะ เลือดมาให้บริการล่าช้า ต้องการให้มาก่อน 7.00 น. เนื่องจาก ผู้รับบริการเจาะเลือด มารอรับบริการตอน 6.00 น.	<input type="checkbox"/> ไม่มีมูล <input checked="" type="checkbox"/> มีมูล ระดับ 1 <input type="checkbox"/> ระดับ 2 <input type="checkbox"/> ระดับ 3 <input type="checkbox"/> ระดับ 4 <input type="checkbox"/> ไม่มีมูล	-	ห้อง แลป - ปรับเปลี่ยนระบบ การให้บริการที่ เร็วขึ้น เพื่อสนอง ต่อผู้รับบริการ	21/4/66
---	---------	---	--	--	--	---	--	---------

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

แบบฟอร์ม Complaint_02

หน่วยงาน : ประกันสุขภาพฯ ผู้บันทึกข้อร้องเรียน : นางสาวธนวิรา ใจคุ้ม โทรศัพท์ : 054-269506-0
 ขอรายงานว่า ไม่มีข้อร้องเรียน ประจำเดือน เมษายน 2566

เดือน / ปี	จำนวนผู้ร้องเรียน (คน)	จำนวนข้อร้องเรียน				ผลการดำเนินงาน		เหตุผลที่ดำเนินการไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
		ช่องทาง	จำนวน (เรื่อง)	ระดับของข้อร้องเรียน	จำนวน (เรื่อง)	ตอบกลับภายใน 15 วันทำการ (เรื่อง)	ตอบกลับเกิน 15 วันทำการ (เรื่อง)	
24/4/66	1 คน	โทรศัพท์	1	1	1	1	-	-
3/4/66	1 คน	จดหมาย	1	1	1	1	-	-
7/4/66	1 คน	จดหมาย	1	1	1	1	-	-
10/4/66	1 คน	จดหมาย	1	1	1	1	-	-
17/4/66	1 คน	จดหมาย	1	1	1	1	-	-