ช่องทางรับข้อร้องเรียนโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ

๑.ตู้รับความคิดเห็นตามหน่วยงานบริการต่าง ๆ ทั้งหมด ๖ จุดบริการ

๑. คลินิกพิเศษ ๒.ตึกผู้ป่วยชาย ๓.ตึกผู้ป่วยหญิง ๔.ข้างห้อง ER ๕.หน้าห้องยา ๖.ห้องทันตกรรม



2.ร้องทุกข์ได้ที่ทางหน้าเว็บโรงพยาบาล เข้าเว็บ https://smph.moph.go.th/



เรื่องร้องเรียน



สามารถกรอกข้อมูลได้ที่ (Click) ช่องทางแสดงความคิดเห็น

๓. Facebook โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ สามารถแสดงความคิดเห็นในช่องทาง รีวิวได้



๔. โทรร้องเรียนได้ที่เบอร์โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ ๐๓๗ – ๒๗๙๒๐๔ ต่อ ๕๓๓ หรือ เบอร์ศูนย์คุณภาพ ๐๖๕-๗๑๙๓๕๒๐

๕. SCAN QR CODE โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ ในการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการ บริเวณ OPD



๖. จดหมาย ของโรงพยาบาล

๗. เดินทางเข้ามาแจ้งด้วยตนเองที่โรงพยาบาล

๘. แบบสอบถามความคิดเห็น ความพึงพอใจของการให้บริการ ที่โรงพยาบาลทำการสอบถามกับประชาชน

แบบสอบถาม ความคิดเห็น/ความพึงพอใจของการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการ

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ

กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านต่อบริการ ที่ท่านได้รับจากการมาโรงพยาบาล <u>ในครั้งนี้เท่านั้น</u>

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป (ของผู้ตอบแบบสอบถาม)

๑. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อ. ศรีมหาโพธิ ☐ อื่น ๆ ระบุ..... ☐ จ. ปราจีนบุรี ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๒. ประเภทผู้รับบริการ ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติผู้ป่วย

๓. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

☐๑. ไม่เคยเรียน ☐ ๒. ประถมศึกษา ☐ ๓. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ ๔. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ๕. ปวช.

☐๖. ปวส/ปวท/อนุปริญญา ☐ ๗. ปริญญาตรี ☐ ๘. ปริญญาโทและสูงกว่า

๔. สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน

☐๑. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐๒. พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน ☐๓.ค้าขาย /ประกอบธุรกิจส่วนตัว

☐๔. เกษตรกร ☐๕. รับจ้างทั่วไป/กรรมการ ☐๖. นักเรียน/นักศึกษา ☐๗. แม่บ้าน/พ่อบ้าน ☐๘.ว่างงาน

☐๙. อื่น ๆ.....

๕. สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลในครั้งนี้

☐๑. ชำระเงินเอง ☐๒. สวัสดิการข้าราชการ ☐๓. ประกันสังคม ☐๔. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐๕. สิทธิอื่น ๆ.....

๖. มารับบริการครั้งนี้ในแผนก

☐๑. ตรวจโรคทั่วไป ☐๒. อุบัติเหตุฉุกเฉิน ☐๓. ทันตกรรม ☐๔. ตรวจเลือด ☐๕.ฝากครรภ์

☐๖. อื่น ๆระบุ.....

๗. ท่านได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีการรักษาหรือไม่

☐๑. ไม่ได้แจ้งรายละเอียด ☐ ๒. ได้รับรายละเอียดแต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐๓. ได้รับรายละเอียดและเข้าใจดี

๘. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหรือไม่

☐๑. ไม่ได้รับยา ☐ ๒. ได้รับคำแนะนำแต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐๓. ได้รับคำแนะนำและเข้าใจดี

☐๔. ไม่ได้รับคำแนะนำ

๙. ระยะเวลารอการตรวจ เลือด / ปัสสาวะ และอื่น ๆ

☐๑. ไม่ได้ตรวจเลือดหรือปัสสาวะ ☐ ๒. ไม่นานมาก ☐๓. รวดเร็ว ☐ ๔. นานมาก

๑๐. ระยะเวลารอเอกซเรย์

☐๑. ไม่ได้เอกซเรย์ ☐๒. ไม่นานมาก ☐ ๓. รวดเร็ว ☐ ๔. นานมาก

๑๑. ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วยต้องมารับการตรวจรักษาตัวในโรงพยาบาล ท่านจะแนะนำให้มาโรงพยาบาลนี้หรือไม่

☐๑. แนะนำ ☐ ๒. ไม่แนะนำ ☐ ๓. ไม่แน่ใจ

๑๒. ถ้าท่านป่วยจนต้องเข้ารับการตรวจในโรงพยาบาลอีก และสามารถเลือกตรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลนี้อีกหรือไม่

☐๑. มา ☐๒. ไม่มา ☐ ๓. ไม่แน่ใจ

CCR เลขที่.....

13. ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อเสนอแนะต่อการให้บริการที่ท่านอยากให้เป็น

.....

.....

.....

.....

14. ท่านไม่พึงพอใจในการให้บริการในด้านใด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ให้คะแนนความพึงพอใจในการให้บริการในครั้งถัดไป

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจคุณภาพการให้บริการของท่านในครั้งนี้

ข้อ	ความพึงพอใจในประเด็นการให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ				
		พอใจมาก 5	พอใจ 4	เฉยๆ 3	ไม่ค่อยพอใจ 2	ไม่พอใจ 1
1	**ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ**					
1.1	การติดประกาศหรือแจ้งเกี่ยวกับขั้นตอน และระยะเวลาการให้บริการ					
1.2	การจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการตามที่ประกาศไว้ ยกเว้นผู้ป่วยฉุกเฉิน					
1.3	การให้บริการตามลำดับก่อนหลัง เช่น ผู้ที่มาก่อนได้รับการบริการก่อน เป็นต้น					
1.4	การให้บริการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด					
1.5	ความรวดเร็วในการให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนด					
2	**ด้านเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรที่ให้บริการ**					
2.1	ความเหมาะสมในการแต่งกายของผู้ให้บริการ					
2.2	ความเต็มใจ และความพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพ					
2.3	ความรู้ ความสามารถในการให้บริการ เช่นสามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัยให้ คำแนะนำ ช่วยแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ เป็นต้น					
2.4	ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่นไม่รับสินบน ไม่รอสิ่งตอบแทน ฯลฯ					
2.5	การให้บริการเหมือนกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ					
3	**ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก**					
3.1	ป้าย/สัญลักษณ์ / ประชาสัมพันธ์ บอกจุดบริการ					
3.2	จุด/ช่องการให้บริการมีความเหมาะสม และเข้าถึงได้สะดวก					
3.3	ความเพียงพอสำหรับอุปกรณ์สำหรับผู้รับบริการ เช่น ปากกา น้ำยาลบคำ ผิด ฯลฯ					
3.4	การเปิดรับฟังข้อคิดเห็นต่อการให้บริการ เช่น กล่องรับความคิดเห็น แบบสอบถาม ฯลฯ					
3.5	ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องสุขา น้ำดื่ม ที่นั่งรอรับบริการ					
3.6	ความสะอาดของสถานที่ให้บริการในภาพรวม					
4	**ด้านคุณภาพของการให้บริการ**					
4.1	ได้รับบริการตรงตามความต้องการ					
4.2	ได้รับบริการครบถ้วน ถูกต้อง เช่น ยา หรือเวชภัณฑ์ไม่หมดอายุ					
4.3	ผลการบริการในภาพรวม					