



ภาคผนวก



ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการรับบริการ

คำชี้แจง โปรดระบุคำตอบหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับพฤติกรรมของท่าน

1. ประเภทการรับบริการ

- | | |
|--|---|
| 1) <input type="checkbox"/> ทันตกรรม | 2) <input type="checkbox"/> ผ่าตัด/ทำแผล/อุบัติเหตุ |
| 3) <input type="checkbox"/> อายุรกรรม | 4) <input type="checkbox"/> ผ่ากรรภ์ |
| 5) <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม | |

2. ความถี่ในการรับบริการ/เดือน

- | | |
|---|---|
| 1) <input type="checkbox"/> 1-2 ครั้ง/เดือน | 2) <input type="checkbox"/> 3-4 ครั้ง/เดือน |
| 3) <input type="checkbox"/> 5-6 ครั้ง/เดือน | 4) <input type="checkbox"/> 7 ครั้งขึ้นไป |

3. ระยะเวลาการเป็นผู้รับบริการ

- | | |
|--|--|
| 1) <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 1 ปี | 2) <input type="checkbox"/> 1-2 ปี |
| 3) <input type="checkbox"/> 3-4 ปี | 4) <input type="checkbox"/> 5 ปีขึ้นไป |

4. ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

- | | |
|---|--|
| 1) <input type="checkbox"/> บัตรทอง 30 บาท | 2) <input type="checkbox"/> บัตรทองพิเศษ |
| 3) <input type="checkbox"/> ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ | 4) <input type="checkbox"/> ประกันสังคม |
| 5) <input type="checkbox"/> ชำระเงิน | |

5. สาเหตุที่มารับบริการ

- | | |
|--|---|
| 1) <input type="checkbox"/> ใกล้เคียงบ้าน/ใกล้ที่ทำงาน | 2) <input type="checkbox"/> ชื่อเสียงในการรักษา |
| 3) <input type="checkbox"/> ค่าบริการไม่แพง | 4) <input type="checkbox"/> มีบริการที่หลากหลาย |
| 5) <input type="checkbox"/> มีอุปกรณ์ที่ทันสมัย | 6) <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... |



ตอนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน ที่ท่านคิดว่าการให้บริการของศูนย์สามารถสร้างความพอใจให้แก่ท่าน ระดับใด ต่อไปนี้

5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

4 หมายถึง พึงพอใจมาก

3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

2 หมายถึง พึงพอใจน้อย

1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. ด้านการรักษาพยาบาล					
1.1 มีการให้บริการอย่างเสมอภาค ใช้มาตรฐานการให้บริการเดียวกัน					
1.2 มีการให้บริการที่ตรงเวลา					
1.3 มีการให้บริการอย่างเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน					
1.4 มีการให้บริการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอโดยยึดประโยชน์สาธารณะ					
1.5 เจ้าหน้าที่ซักประวัติการเจ็บป่วยของท่านอย่างละเอียด					
1.6 ความสามารถในการตรวจรักษาของเจ้าหน้าที่					
1.7 คุณภาพของยาที่ใช้ในการรักษา					
1.8 ผลของอาการป่วยหลังจากได้รับการรักษา					
2. ด้านเครื่องมือ / เครื่องใช้					
2.1 ความทันสมัยของอุปกรณ์ทางการแพทย์					
2.2 ใช้เทคโนโลยีในการบำบัดรักษา					
2.3 มีเครื่องมือ/เครื่องใช้ที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค					
2.4 มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง ในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว					
3. ด้านอาคารสถานที่					
3.1 ความเหมาะสม ความสะอาดในการติดต่อ ทำเลที่ตั้ง					
3.2 จัดสถานที่พักระหว่างรอการรักษา ชำระเงิน					
3.3 การตกแต่งสถานที่มีระเบียบ สะอาด					



ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
3.4 ความสว่างในอาคาร					
3.5 ห้องสุขา สะอาดเพียงพอต่อผู้มารับบริการ					
3.6 ที่จอดรถเพียงพอสะดวกปลอดภัย					
4. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ					
4.1 เจ้าหน้าที่ให้บริการท่านด้วยความกระตือรือร้น และเอาใจใส่					
4.2 เจ้าหน้าที่กล่าวคำทักทาย					
4.3 เจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ท่านอย่างถูกต้อง ครบถ้วน					
4.4 เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ ยิ้มแย้ม แจ่มใส					
4.5 เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยรวดเร็ว					
4.6 เจ้าหน้าที่แต่งกายสุภาพ สะอาด เรียบร้อย เหมาะสมกับงาน					
4.7 การตอบข้อข้องใจเมื่อท่านมีปัญหา					
5. ด้านคุณภาพการให้บริการ					
5.1 การแนะนำระเบียบในการรับบริการ โดยละเอียด					
5.2 การแนะนำขั้นตอนในการรักษาต่อเนื่อง					
5.3 เจ้าหน้าที่อธิบายอาการเจ็บป่วยและเปิดโอกาสให้ซักถาม					
5.4 มีการอธิบายวิธีการใช้ยาที่ได้รับ					
5.5 การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วย					
5.6 การให้ความช่วยเหลือเมื่อมีอาการแบบปัจจุบันทันด่วน					

ตอนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้มาใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห

- 1).....



2).....
.....
.....
.....

3).....
.....
.....
.....

4).....
.....
.....
.....

5).....
.....
.....
.....

6).....
.....
.....
.....

7).....
.....
.....
.....

ขอขอบพระคุณท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้