



เรียน ผู้มารับบริการ/ญาติ

ทางโรงพยาบาลคอนสวรรค์ รู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่ง และขอขอบคุณที่ท่านมอบความไว้วางใจให้กับ คณะแพทย์  
พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคอนสวรรค์ ดูแลสุขภาพของท่าน เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและ พึง  
พอใจของผู้มารับบริการ ทางโรงพยาบาลคอนสวรรค์จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โปรดแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก  
และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการให้บริการลงในเอกสารนี้ ใส่ตู้รับฟังความคิดเห็น เพื่อทางโรงพยาบาลจะนำไปปรับปรุง  
พัฒนาการดำเนินงานต่อไป

**ส่วนที่ 1 สำหรับผู้มารับบริการและญาติ**

1. วันที่มารับบริการ..... เวลา..... น.
2. มารับบริการที่ (ตึก/ห้อง/คลินิก) .....
3. ข้อมูลผู้แจ้ง  
ชื่อ - สกุล..... อายุ..... เบอร์โทรศัพท์ .....
- ที่อยู่.....  
มีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ  สามี-ภรรยา  บุตร  ญาติ  อื่นๆ.....
4. ข้อมูลผู้มารับบริการ  
ชื่อ - สกุล..... อายุ..... เบอร์โทรศัพท์ .....
- ที่อยู่.....

**ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ หรือสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง หรือข้อชมเชย ให้กำลังใจ**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ประสงค์ จะให้แจ้งผลการดำเนินงานกลับ       ไม่ประสงค์ จะให้แจ้งผลการดำเนินงานกลับ

**หมายเหตุ** กรณีที่ประสงค์ให้ทางโรงพยาบาลแจ้งผลการดำเนินงานกลับ ขอความกรุณาระบุรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน

ขอขอบคุณ ที่ท่านแสดงความคิดเห็นที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการ  
ข้อมูลทั้งหมดของท่าน จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ  
คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลคอนสวรรค์

เลขที่ .....

ส่วนที่ 2 เฉพาะเจ้าหน้าที่

ผู้เปิดตู้ .....

ผู้จัดเก็บเอกสาร .....

ได้รับเอกสารจากตู้ที่ ..... หน่วยงาน.....

วันที่เก็บข้อมูล ..... /...../..... เวลา .....

วันที่แจ้งให้ผู้รับบริการทราบ..... /...../.....เวลา .....

สำเนาแจ้งกลุ่มงาน/งาน

1.....

2.....

ประเภทเรื่องที่ได้รับ

ร้องเรียน  เสนอแนะ  ชมเชย

สรุปผลการดำเนินงาน

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

สถานะของเรื่อง .....

วันที่ยุติ ..... /...../.....

จำนวนวันที่แก้ไขปัญหา.....วัน

แจ้งผู้รับบริการทราบผลการดำเนินงานวันที่.....

ประเมินความพึงพอใจ

- 5 = พอใจมากที่สุด
- 4 = พอใจมาก
- 3 = พอใจปานกลาง
- 2 = พอใจน้อย
- 1 = พอใจน้อยที่สุด

# วิสัยทัศน์ (VISION)

โรงพยาบาลดอนสวรรค์

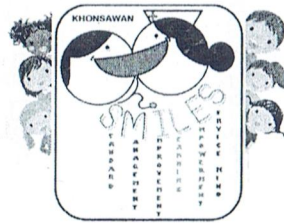
จิ้มแจ้มแจ่มใส ใส่ใจบริการ

อ้างอิงมาตรฐานวิชาชีพ

จัดการระบบสุขภาพ

แบบมีส่วนร่วมอย่างพอเพียง

# ปรัชญา (Moment)



บริการด้วย STANDARD คือ มาตรฐาน

มีการจัดการ MANAGEMENT

IMPROVE พัฒนาให้เป็น

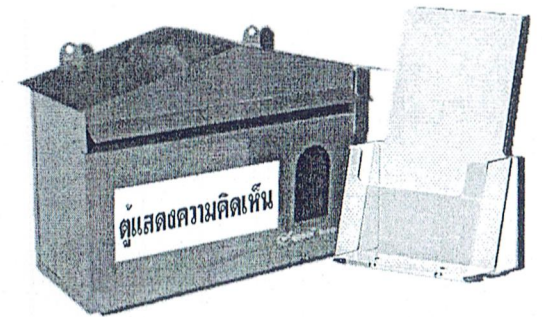
LEARNING ดีเด่นในการเรียนรู้

EMPOWERMENT เสริมพลังสู่

บริการพร้อมด้วย SERVICE MIND



แบบแสดงความคิดเห็น  
ของผู้มารับบริการ / ญาติ / เจ้าหน้าที่



โดยทีม

คณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและการเจรจาไกล่เกลี่ย  
โรงพยาบาลสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

หมายเหตุ\*\*

สามารถแจ้งเรื่องร้องเรียนละข้อเสนอนแนะได้ที่

ศูนย์หลักประกันสุขภาพ

( อาคารผู้ป่วยนอก )

เบอร์โทรศัพท์ : 044-889-022 ต่อ 321

044-889-095 , 044-848-824