



คู่มือการให้บริการ : การให้บริการคลินิกสะกดเงิน
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานพยาบาลผู้ป่วยนอก
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรังกรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ:	การให้บริการคลินิกสะกดเงิน
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ:	ผู้ป่วยประมาณ 280 คน/เดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : การให้บริการคลินิกสะกดเงิน	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง : 1. ติดต่อด้วยตนเองที่โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ชั้น 1 คลินิกพิเศษ ห้องตรวจโรค 3/1 2. ที่อยู่โรงพยาบาล เลขที่ 184 ม. 4 ต. บ้านควน อ. เมือง จ. ตรัง 92000 3. รับให้คำปรึกษาผู้ป่วยสะกดเงินรายใหม่โดยส่งผู้ป่วยไปห้องให้คำปรึกษา 4. ผ่านเว็บไซต์ www.transskin.org และแจกแผ่นพับประชาสัมพันธ์ 5. เบอร์โทรศัพท์เพื่อ ติดต่อนัดตรวจ(ทั้งรายใหม่และรายเก่า)และรายเก่าเข้าคลินิกสะกดเงิน 075 201202 6. อีเมลล์ ไม่มี 7. สถานที่ตั้ง โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง 184 ม. 4 ต. บ้านควน อ. เมือง จ. ตรัง 92000 อยู่ตรงข้ามกับโรงเรียนวิเชียรมาตุ 8. Application ไม่มี	5.2 วันที่เปิดให้บริการ : ☐ วันจันทร์ ☒ วันอังคาร ☐ วันพุธ ☐ วันพฤหัสบดี ☐ วันศุกร์ ☐ วันเสาร์ ☐ วันอาทิตย์ ☐ ไม่เว้นวันหยุดราชการ 5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ : ☐ บริการตลอด 24 ชั่วโมง ☒ 08.30 - 16.00 น. ☒ พักเที่ยง 12.00-13.00 น. ☐ 16.30-20.00 น.อื่น ☐



หมายเหตุ:	
-----------	--

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ 1.ผู้ป่วยที่มาใหม่ครั้งแรกจะได้รับบริการที่งานผู้ป่วยนอกและส่งเข้าให้คำปรึกษาเรื่องโรคสะเก็ดเงิน ครั้งต่อมาจึงนัดเข้ารับบริการที่คลินิกสะเก็ดเงิน (กรณีผู้ป่วยรายใหม่ หรือมาผื่นคัน ไม่อยู่ในเงื่อนไข) 2.กรณีไม่มีแพทย์ประจำในคลินิก ไม่อยู่ในเงื่อนไข
--

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาทิต/ ชั่วโมง/วัน/ วันทำการ/ เดือน/ปี)	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	ยื่นบัตรนัด	ตรวจสอบประเภทสิทธิ ประเภทหน่วยงานที่นัด			งานเวชระเบียน	ขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน รวมกันและเฉลี่ยเวลา
2.	ซักประวัติประเมินสภาพ	เรียงลำดับแฟ้มผู้ป่วยที่มาก่อน หลัง และซักประวัติ ประเมินสภาพโดยการซักประวัติกรอกแบบฟอร์มใน Mrecord ประเมิน PASI Score สั่งพิมพ์และเก็บเข้าแฟ้ม ตรวจสอบใบตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบค่าที่			คลินิกสะเก็ดเงิน	



		ฉีดปกติและระบุให้ เห็นชัด กรอกใน แบบฟอร์มการรับยา เสี่ยงสูงในแบบฟอร์ม (แฟ้มสีเขียว) และติด ใบตรวจทาง ห้องปฏิบัติการใน แฟ้มประวัติ และจัด เรียงลำดับการส่งพบ แพทย์				
3.	รอกคอยตรวจ	แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ เข้าคิวรอกคอยพบ แพทย์แก่ผู้ป่วยหลัง การซักประวัติแล้ว เสร็จ			คลินิกสะกิด เงิน	
4.	รอกคอยออกใบสั่งยา	แพทย์ออกใบสั่งยา ใบรับรองต่างๆ ตรวจสอบราคายา และการใช้ยาใน ใบสั่งยา ลงรหัส เหตุผลการใช้ยาใน ใบสั่งยา (กรณีที่ต้อง มีการลงรหัสเหตุผล ตลอดจนออก ใบรับรองแพทย์ ตามผู้ป่วยแต่ละ รายต้องการ)			คลินิกสะกิด เงิน	
5.	นัดแนะนำ	พยาบาลรับใบสั่งยา พร้อมแฟ้มจาก แพทย์ แนะนำการ ปฏิบัติตัวซ้ำต่อจาก แพทย์หลังได้รับ ใบสั่งยาจากแพทย์ โดยดูตัวยาจากใบสั่ง ยา แนะนำการทายา การรับประทานยาที่ สำคัญเช่นยาที่มี ความเสี่ยงสูง แนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อตรวจทาง			คลินิกสะกิด เงิน	



	ห้องปฏิบัติการ และ ออกใบนัด				
ระยะเวลาดำเนินการรวม :					1 ชั่วโมง 30 นาที

*ไม่รวมระยะเวลาที่ให้บริการ เช่น มีคำสั่งถ่ายภาพ ส่งปรึกษาต่างแผนก ส่งชุดเชื้อ ส่งเข้าเป็นประเภทผู้ป่วยใน

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
☐ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอคือ สำเนาบัตรประชาชน และหนังสือส่งตัว(สำหรับผู้รับบริการที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐคือบัตรนัดที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิแล้วและมีประทับตราสัญลักษณ์ว่าตรวจสอบสิทธิแล้ว

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	จำนวน เอกสารฉบับจริง	จำนวน เอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน 1. บัตรประจำตัวประชาชน สำหรับผู้ใช้ สิทธิบัตรทอง ผู้ใช้สิทธิอื่นไม่ใช่เอกสาร	งานเวช ระเบียน	1	1	ใบ	
2	ใบนัด	คลินิกสะกิด เงิน	1	ไม่ต้อง	ใบ	

9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม(ถ้ามี)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
	ไม่มี					

10. ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ	ไม่มี
รายละเอียดค่าธรรมเนียม :	
ค่าธรรมเนียม :	ค่าบริการทางการแพทย์ 50 บาท/ครั้ง
หมายเหตุ :	บัตรประกันสุขภาพไม่เกิน 700 บาท /ครั้ง/วัน ,ข้าราชการสามารถใช้สิทธิจ่าย ตรงได้

11. ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม
1. สิทธิชำระเงิน ใช้เงินสด
2. สิทธิ บัตรประกันสุขภาพ ใช้สิทธิได้ไม่เกิน 700 บาท/ครั้ง
3. สิทธิข้าราชการ ได้ตามระเบียบ



12. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	เว็บไซต์ของโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง www.Trangskin.org
2.	ได้รับเรื่องร้องเรียน ที่ติดตั้งไว้บริเวณต่าง ๆ ได้แก่ บริเวณหน้าห้องจ่ายยา
3.	ทางไปรษณีย์ ที่อยู่โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ที่อยู่ : 184 หมู่ 4 ต.บ้านควน อ.เมือง จ.ตรัง 92000
4.	โทรศัพท์: 075- 201218 ฝ่ายบริหาร และ โทรสาร 075201221
5.	เข้าพบผู้บริหาร ชั้น 2 อาคารเฉลิมพระเกียรติ

13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	ไม่มี การกรอกเอกสารใดๆ
ขอรับเอกสาร :	

14. หมายเหตุ
งดให้บริการเสาร์ อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันหยุดตามคำสั่งรัฐบาล การพักเที่ยงอาจยืดเวลาออกไปตามความเหมาะสม โดยจะแจ้งให้ทราบในคลินิกสะกดเงิน