



คู่มือการให้บริการ : การให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานบริการเภสัชกรรม  
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรังกรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ:	การให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	งานบริการเภสัชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ:	ผู้ป่วยประมาณ 100 คน/วัน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ :การให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1. ส่งใบสั่งยา ณ ช่องหมายเลข 8	<input checked="" type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input checked="" type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input checked="" type="checkbox"/> วันศุกร์
2. รับยาที่ช่องหมายเลข 9	<input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์
3. สถานที่ตั้ง โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง 184 ม. 4 ต. บ้านควน อ. เมือง จ. ตรัง92000 อยู่ตรงข้ามกับโรงเรียนวิเชียรมาตุ	<input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
8. Application ไม่มี	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
หมายเหตุ :	<input type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง
	<input checked="" type="checkbox"/> 08.30-16.30 น. <input checked="" type="checkbox"/> พักเที่ยง 12.00-13.00 น.
	<input type="checkbox"/> 16.30-20.00 น.อื่น <input type="checkbox"/>
6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)	
ผู้ป่วยจะต้องผ่านขั้นตอนการบริการรักษาพยาบาลและได้รับใบสั่งยาที่สมบูรณ์/ถูกต้องแล้ว จึงจะสามารถรับบริการจ่ายยาได้	



7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนการ บริการ	ระยะเวลา การ ให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ ชั่วโมง/วัน/ วันทำการ/ เดือน/ปี)	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	ส่งใบสั่งยา	ส่งใบสั่งยาในกล่อง หน้าช่องหมายเลข 8 โดยใส่ใบสั่งยา ในช่องที่มีแถบสี แดงและมีลูกศรชี้			ผู้รับบริการ	
2.	รับใบสั่งยา/ตรวจสอบ ความถูกต้องของใบสั่ง ยา	1.จัดเรียงลำดับ ใบสั่ง เกก่อน-หลัง 2. ตรวจสอบ ความถูกต้องของ ใบสั่งยาและข้อมูล ทางหน้า จอคอมพิวเตอร์	ระยะเวลา 3	นาที	ผู้ตรวจสอบ ใบสั่งยา/งาน บริการเภสัช กรรม	
3.	พิมพ์ฉลากยา	1. พิมพ์ฉลากยา/ ใส่ตะกร้า 2. ส่ง ใบสั่งมาให้แก่งาน การเงิน 3. ส่ง ตะกร้าที่ใส่ฉลาก ยาแก่ผู้จัดยา	ระยะเวลา 2	นาที	ผู้ตรวจสอบ ใบสั่งยา/งาน บริการเภสัช กรรม	
4.	จัดยา	1. จัดยา/ใส่ ภาชนะ/ติดฉลาก ยา 2 รับใบสั่งยา จากงานการเงิน 3. จัดเรียงลำดับใบสั่ง ยาก่อน-หลัง 4. ตรวจสอบความถูก ต้องของยาที่จัดกับ ใบสั่งยา 5. ส่งยาที่ จัดพร้อมใบสั่งยา แก่เภสัชกร	ระยะเวลา 5	นาที	ผู้จัดยา/งาน บริการเภสัช กรรม	



7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
5.	จ่ายยา	1.ตรวจทานความถูกต้องของยาที่จัดแล้วกับข้อมูลในใบสั่งยา 2. เรียกชื่อผู้ป่วยเพื่อให้มารับยาที่ช่องหมายเลข 9 3.ทวนชื่อ-สกุลหรือตรวจสอบจากใบเสร็จรับเงิน 4.จ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำ	ระยะเวลา 5	นาที	เภสัชกร/งานบริการเภสัชกรรม	
<b>ระยะเวลาดำเนินการรวม :</b>						15 นาที

\*หมายเหตุ

1. ระยะเวลาดังกล่าวไม่รวมระยะเวลารอคอย เช่น มีคนไข้ก่อนหน้ามายื่นใบสั่งยาก่อนและยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ เป็นต้น
2. ระยะเวลาดังกล่าวไม่รวมระยะเวลาเมื่อเกิดปัญหาต้องแก้ไขใบสั่งยา เช่น ต้องกลับไปสื่อสารกับแพทย์อีกครั้ง เป็นต้น
3. ไม่รวมเวลากรณีต้องรอจ่ายเงิน



8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
(หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบ คือ ใบสั่งยา

9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐคือ ใบสั่งยาที่มีลายเซ็นกำกับของผู้ออกใบสั่งยา

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	จำนวน เอกสารฉบับจริง	จำนวน เอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ใบสั่งยาที่มีลายเซ็นกำกับของผู้ออก ใบสั่งยา	แพทย์/แผนกงาน บริการผู้ป่วยนอก	1		ใบ	

9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม(ถ้ามี)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
	ใบรับรองยานอกบัญชียาหลักเพื่อให้ เบิกได้(เฉพาะสำหรับผู้มีสิทธิ)					

10. ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ ตามรายละเอียดในใบสั่งยา

รายละเอียดค่าธรรมเนียม :	
ค่าธรรมเนียม :	ตามรายละเอียดในใบสั่งยาของผู้ป่วยแต่ละราย
หมายเหตุ :	

11. ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

1.	สิทธิชำระเงิน ใช้เงินสด
2.	สิทธิ บัตรประกันสุขภาพ ใช้สิทธิได้ตามระเบียบ
3.	สิทธิชำระราชการ ได้ตามระเบียบ

12. ช่องทางการร้องเรียน

1.	เว็บไซต์ของโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง <a href="http://www.Trangskin.org">www.Trangskin.org</a>
2.	ดูรับเรื่องร้องเรียน ที่ติดตั้งไว้บริเวณต่าง ๆ ได้แก่ บริเวณชั้น 1 ทางขึ้นบันได หน้าห้องผ่าตัดชั้น 1 หน้า ห้องรังสีชีววิทยาชั้น 1 และหน้าห้องประชุม 2 ชั้น 2



3.	ทางไปรษณีย์ ที่อยู่โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ที่อยู่ : 184 หมู่ 4 ต.บ้านควน อ.เมือง จ.ตรัง 92000
4.	โทรศัพท์: 075- 201213 โทรสาร 075201221
5.	เข้าพบผู้บริหาร ชั้น 2 อาคารเฉลิมพระเกียรติ

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

14. หมายเหตุ
งดให้บริการเสาร์ อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันหยุดตามคำสั่งรัฐบาล และพักเที่ยง เวลา 12.00น.-13.00น.