



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 :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1. ติดต่อด้วยตนเองที่โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ชั้น 1 คลินิกพิเศษ ห้องตรวจโรค 3/1	<input type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input type="checkbox"/> วันพุธ <input type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input type="checkbox"/> วันศุกร์
2. ที่อยู่โรงพยาบาล เลขที่ 184 ม. 4 ต. บ้านควน อ. เมือง จ. ตรัง 92000	<input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์
3. รับให้คำปรึกษาผู้ป่วยสะกดเงินรายใหม่โดยส่งผู้ป่วยไปห้องให้คำปรึกษา	<input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
4. ผ่านเว็บไซต์ www.transkin.org และแจกแผ่นพับประชาสัมพันธ์	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
5. เบอร์โทรศัพท์เพื่อ ติดต่อนัดตรวจ(ทั้งรายใหม่และรายเก่า)และรายเก่าเข้าคลินิกสะกดเงิน 075 201202	<input type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง
6. อีเมลล์ ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> 08.30 - 16.00 น. <input checked="" type="checkbox"/> พักเที่ยง 12.00-13.00 น.
7. สถานที่ตั้ง โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง 184 ม. 4 ต. บ้านควน อ. เมือง จ. ตรัง 92000 อยู่ตรงข้ามกับโรงเรียนวิเชียรมาตุ	<input type="checkbox"/> 16.30-20.00 น.อื่น <input type="checkbox"/>
8. Application ไม่มี	



หมายเหตุ:	
-----------	--

<p>6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ</p> <p>1. ผู้ป่วยที่มาใหม่ครั้งแรกจะได้รับบริการที่งานผู้ป่วยนอกและส่งเข้าให้คำปรึกษาเรื่องโรคสะกดเงิน ครั้งต่อมาจึงนัดเข้ารับบริการที่คลินิกสะกดเงิน (กรณีผู้ป่วยรายใหม่ หรือมาผิदनัด ไม่อยู่ในเงื่อนไข)</p> <p>2. กรณีไม่มีแพทย์ประจำในคลินิก ไม่อยู่ในเงื่อนไข</p>
--

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ ชั่วโมง/วัน/ วันทำการ/ เดือน/ปี)	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	ยื่นบัตรนัด	ตรวจสอบประเภทสิทธิ ประเภทหน่วยงานที่นัด			งานเวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> • ขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน รวมกันและเฉลี่ยเวลา
2.	ซักประวัติประเมินสภาพ	เรียงลำดับแฟ้มผู้ป่วยที่มาก่อน หลัง และซักประวัติ ประเมินสภาพโดยการซักประวัติกรอกแบบฟอร์มใน Mrecord ประเมิน PASI Score สั่งพิมพ์และเก็บเข้าแฟ้ม ตรวจสอบใบตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบค่าที่			คลินิกสะกดเงิน	



		<p>ฉีดปกติและระบุให้ เห็นชัด กรอกใน แบบฟอร์มการรับยา เสี่ยงสูงในแบบฟอร์ม (แฟ้มสีเขียว) และติด ใบตรวจทาง ห้องปฏิบัติการใน แฟ้มประวัติ และจัด เรียงลำดับการส่งพบ แพทย์</p>				
3.	รอกอยตรวจ	<p>แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ เข้าคิวรอกอยพบ แพทย์แก่ผู้ป่วยหลัง การซักประวัติแล้ว เสร็จ</p>			<p>คลินิกสะเก็ด เงิน</p>	
4.	รอกอยออกใบสั่งยา	<p>แพทย์ออกใบสั่งยา ใบรับรองต่างๆ ตรวจสอบราคายา และการใช้ยาใน ใบสั่งยา ลงรหัส เหตุผลการใช้ยาใน ใบสั่งยา (กรณีที่ต้อง มีการลงรหัสเหตุผล ตลอดจนออก ใบรับรองแพทย์ ตามผู้ป่วยแต่ละ รายต้องการ)</p>			<p>คลินิกสะเก็ด เงิน</p>	
5.	นัดแนะนำ	<p>พยาบาลรับใบสั่งยา พร้อมแฟ้มจาก แพทย์ แนะนำการ ปฏิบัติตัวซ้ำต่อจาก แพทย์หลังได้รับ ใบสั่งยาจากแพทย์ โดยดูตัวยาจากใบสั่ง ยา แนะนำการททายา การรับประทานยาที่ สำคัญเช่นยาที่มี ความเสี่ยงสูง แนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อตรวจทาง</p>			<p>คลินิกสะเก็ด เงิน</p>	



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 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐคือบัตรนัดที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิ์แล้วและมีประทับตราสัญลักษณ์ว่าตรวจสอบสิทธิ์แล้ว

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	คลินิกสะเก็ด 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.	ผู้รับเรื่องร้องเรียน 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 โดยจะแจ้งให้ทราบในคลินิกสะเก็ดเงิน