



แบบสอบถามประสบการณ์ผู้รับบริการศูนย์การแพทย์ฯ
เพื่อนำประสบการณ์ผู้ป่วยและญาติ สู่การปรับปรุงการทำงานของโรงพยาบาล

ชื่อ.....อายุ.....ปี
 หอผู้ป่วย.....HN.....AN.....
 (หรือติดสติ๊กเกอร์ที่นี่)

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ช่องคะแนนที่ตรงกับประสบการณ์ของท่านมากที่สุด และเติมข้อมูลในช่องว่าง.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ตอบสอบถาม

ท่านมาใช้บริการ ครั้งแรก มากกว่า 1 ครั้ง

เข้ารับบริการในแผนกใด (ตอบได้มากกว่า 1 แผนก).....

วันที่เข้ารับบริการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เพศ ชาย หญิง

อายุ ต่ำกว่า 18 ปี 19-35 ปี 36-51 ปี 52-70 ปี 70 ปีขึ้นไป

การศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี ประถมศึกษา

สิทธิการรักษา ไม่มีสิทธิการรักษา สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 2 สอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการ

คะแนน 0 หมายถึง ไม่ได้ใช้บริการ

คะแนน 1 หมายถึง พอใจน้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง พอใจน้อย

คะแนน 3 หมายถึง พอใจปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง พอใจมาก

คะแนน 5 หมายถึง พอใจมากที่สุด

ข้อความ	☹	☺	☹	☺	☹	☺
	0	1	2	3	4	5
1.แพทย์ให้ความสำคัญกับการตรวจร่างกาย เพื่อการวินิจฉัยโรค						
2.แพทย์ให้ข้อมูล / แนะนำวิธีการที่และทางเลือกในการรักษา						
3.คำถามและข้อสงสัย ได้รับคำตอบที่ชัดเจนจากแพทย์						
4.แพทย์รับฟัง / พุดคุยให้ท่านคลายความกังวลในอาการเจ็บป่วย						
5.มีโอกาสดำพุดคุยกับพยาบาลหรือ เจ้าหน้าที่ เรื่องอาการเจ็บป่วย						
6.พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ สามารถตอบคำถามและ ข้อสงสัยได้ชัดเจน						
7.ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่						
8.ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในเรื่องการรักษา						
9.ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม และไม่เลือกปฏิบัติ						
10.ได้รับคำแนะนำ และขั้นตอนในการรับบริการ ของโรงพยาบาล						
11.อาการเจ็บป่วยทั้งกาย และใจได้รับการดูแลเป็นอย่างดี						
12.แพทย์ผู้ให้การรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย / ญาติได้ซักถาม						
13.ผู้ป่วยและญาติ ได้รับข้อมูลการรักษาที่เป็นประโยชน์จนสามารถดูแลตนเองได้						
14.ได้รับข้อมูลการใช้ยา ผลข้างเคียง และอาการที่ต้องเฝ้าระวังอย่างชัดเจน						
15.ได้รับคำแนะนำอย่างชัดเจน ถึงอาการผิดปกติ ที่ต้องกลับมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด						
16.ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจาก รพ. โดยรวมในระดับใด						

17.ท่านจะแนะนำให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้หรือไม่

ไม่แนะนำ แนะนำ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ ความในใจที่อยากบอกโรงพยาบาล

.....



ชื่อ.....อายุ.....ปี
หอผู้ป่วย.....HN.....AN.....
(หรือติดสติ๊กเกอร์ที่นี่)