



โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือการให้บริการประชาชน



ชื่อหนังสือ คู่มือการให้บริการประชาชน
จัดพิมพ์โดย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2562
พิมพ์ครั้งที่ 2 พฤษภาคม 2563
พิมพ์ครั้งที่ 3 เมษายน 2564
พิมพ์ที่ บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด

คำนำ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี เปิดบริการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้ผู้สูงอายุ โดยมีบริการแผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกเฉพาะทางต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคในผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู คลินิกอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง คลินิกฝังเข็ม คลินิกให้คำปรึกษาการใช้ภูษาทางการแพทย์ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ คลินิกป้องกันการหกล้ม งานกายภาพบำบัด งานธาราบำบัด งานกิจกรรมบำบัด งานเภสัชกรรม งานจิตวิทยาคลินิก งานนวดกดจุด งานโภชนาการ และแผนกผู้ป่วยในการรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Inter mediate care ward) เป็นแหล่งศึกษาดูงานของบุคลากรทางแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ และเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษากายภาพบำบัด นักศึกษาพยาบาล เป็นต้น

ดังนั้น โรงพยาบาลจึงจัดทำและพัฒนาคู่มือบริการประชาชน ขึ้นซึ่งฉบับนี้เป็นการปรับปรุง ทบทวนกระบวนการ และรวบรวมขั้นตอนการเข้ารับบริการและการให้บริการคลินิกต่างๆของโรงพยาบาลเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก ให้ผู้มารับบริการทุกกลุ่มได้เข้าถึงข้อมูลการรับบริการของโรงพยาบาล

ทางคณะผู้จัดทำ หวังว่าคู่มือบริการประชาชนฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ให้กับผู้เข้ารับบริการ และผู้ที่สนใจตลอดจนจะตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี

เมษายน 2564



สารบัญ

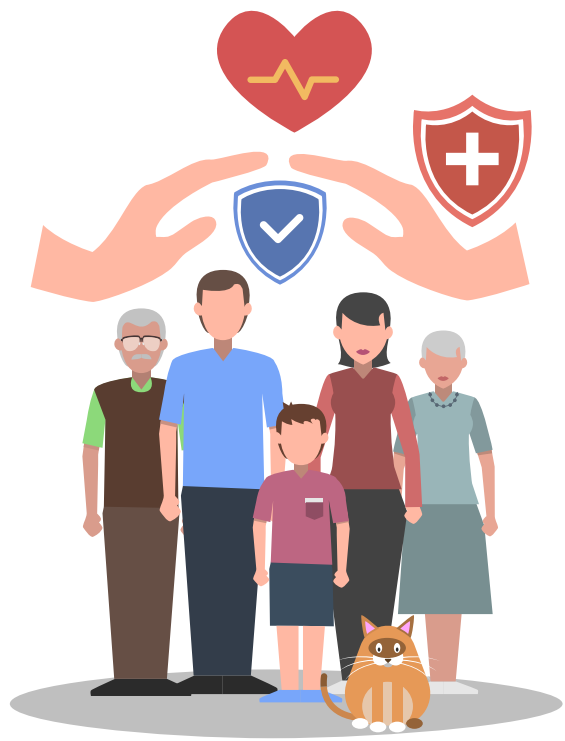
หน้า

| | |
|---|-------|
| 1. มาตรฐานการให้คุณภาพการให้บริการทั่วไป | 1 |
| มาตรฐานกระบวนการ/ ขั้นตอนการให้บริการ | 1 |
| มาตรฐานสิ่งอำนวยความสะดวก | 2 |
| มาตรฐานการให้บริการของเจ้าหน้าที่ | 3 |
| มาตรฐานระบบคัดกรองกรณีโรคระบาดทางเดินหายใจ | 3-4 |
| มาตรฐานการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ | 4 |
| มาตรฐานการจอดรถ | 4 |
| 2. ช่องทางการติดต่อ | 5 |
| เบอร์โทรศัพท์/Line/Facebook | 5 |
| แผนที่และการเดินทาง | 6-7 |
| 3. แผนผังโรงพยาบาล | 8 |
| สถานที่จอดรถ | 9-10 |
| สถานที่รับประทานอาหาร | 11 |
| 4. คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน | 12 |
| พบเหตุเพลิงไหม้ | 12 |
| เกิดเหตุเพลิงไหม้ | 12 |
| 5. ช่องทางการเผยแพร่คู่มือการให้บริการประชาชน | 13 |
| 5. การให้บริการ | |
| การบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร | 14 |
| เพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี | |
| เวชระเบียน | 15-17 |



| | |
|--|---------|
| ตรวจสอบสิทธิงานประกันสุขภาพ..... | 19-21 |
| แผนกผู้ป่วยนอก..... | 22-24 |
| แผนกผู้ป่วยนอกระบบบริการแบบใหม่..... | 25-27 |
| (New Normal Medical Services) | |
| คลินิกผู้สูงอายุ | 28-30 |
| คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู..... | 31-33 |
| คลินิกอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง..... | 34-37 |
| คลินิกฝังเข็ม | 38-42 |
| คลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์..... | 43-45 |
| คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ | 46-48 |
| คลินิกป้องกันการทกล้ม | 49-53 |
| งานกายภาพบำบัด | 54-59 |
| งานธาราบำบัด | 60-65 |
| งานกิจกรรมบำบัด..... | 66-71 |
| งานจิตวิทยาคลินิก | 72-75 |
| งานนวดกดจุด | 76-78 |
| งานโภชนาการสำหรับผู้ป่วยใน | 79-80 |
| งานโภชนาการสำหรับผู้รับบริการทั่วไป | 81-82 |
| แผนกผู้ป่วยในการรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู..... | 83-87 |
| (intermediate care ward) | |
| การขอเข้าศึกษาดูงาน | 88-92 |
| การชำระค่ารักษาพยาบาล..... | 93-96 |
| การรับยาแผนกผู้ป่วยนอก..... | 97-99 |
| การรับยาแผนกผู้ป่วยใน..... | 100-102 |





1.

มาตรฐานคุณภาพการให้บริการทั่วไป

มาตรฐานกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ

- 1) แจกข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ ระยะเวลาในการให้บริการ เช่น การติดป้ายประกาศ เผยแพร่ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
- 2) ให้บริการตามลำดับขั้นตอนการขอรับบริการก่อน-หลัง อย่างยุติธรรมโดยมีระบบบัตรคิว
- 3) ให้บริการในระยะเวลาที่เหมาะสมกับสภาพงานบริการหรือตามประกาศกำหนด ระยะเวลาแล้วเสร็จของงาน
- 4) ให้บริการด้วยความสะดวกรวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้อง
- 5) มีคู่มือการให้บริการประชาชน สำหรับเผยแพร่ให้กับผู้รับบริการ
- 6) มีระบบประเมิน ความพึงพอใจ และสรุปผลเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาส โดยให้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น



มาตรฐานสิ่งอำนวยความสะดวก

- 1) มีเคาน์เตอร์หรือจุดให้บริการมีความเพียงพอต่อผู้รับบริการ
- 2) มีห้องให้คำปรึกษา ในส่วนของงานบริการ ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการรายใหม่ หรือผู้ที่ต้องการรับคำปรึกษาแนะนำเพิ่มเติม
- 3) มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่พร้อมสำหรับให้บริการ เช่น มีแบบฟอร์มที่สะดวกในการกรอกข้อมูล และเครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น
- 4) มีเคาน์เตอร์หรือสถานที่สำหรับกรอกเอกสารให้กับผู้รับบริการ รวมถึงแบบฟอร์ม อุปกรณ์ เช่น ปากกา และตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่จำเป็น เป็นต้น
- 5) มีสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับให้บริการอย่างเพียงพอ เช่น น้ำดื่ม มุมหนังสือพิมพ์ นิตยสาร เป็นต้น
- 6) มีที่นั่งรอสำหรับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ แก้อีร์รอรับบริการที่แข็งแรงปลอดภัย
- 7) มีป้ายประกาศบอกขั้นตอนการให้บริการ ป้ายประชาสัมพันธ์บอกจุดบริการ ป้ายแสดงกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ป้ายแสดงรายละเอียดเอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมาติดต่อขอรับบริการ ป้ายแสดงอัตราค่าธรรมเนียม หรือป้ายแสดงรายละเอียดอื่นที่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการ ป้ายแสดงสิทธิผู้ป่วย
- 8) มีบอร์ดแสดงแผนผังรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เปิดเผยให้กับผู้รับบริการ
- 9) มีสิ่งอำนวยความสะดวกภายนอก เช่น รถเข็นผู้ป่วย ทางลาดสำหรับคนพิการ ที่จอดรถสำหรับผู้รับบริการ ห้องน้ำที่มีมาตรฐานเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 10) มีป้ายบอกทางไปจุดรับบริการ และป้ายบอกสถานที่ตั้งของสิ่งอำนวยความสะดวกภายนอก
- 11) สถานที่ให้บริการในภาพรวมมีความสะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อย
- 12) เปิดรับฟังความคิดเห็นหรือข้อร้องเรียนต่อการให้บริการ เช่น มีตู้แสดงความคิดเห็น เป็นต้น



มาตรฐานการให้บริการของเจ้าหน้าที่

- 1) มีเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองอย่างน้อย 1 คนด้านหน้าจุดให้บริการ ซึ่งมีความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ช่วยเหลือผู้รับบริการในการกรอกแบบฟอร์มแนะนำตอบข้อซักถามชี้แจงข้อสงสัยและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น
- 2) มีเจ้าหน้าที่ให้บริการเคาน์เตอร์หรือจุดให้บริการอย่างเพียงพอ
- 3) เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่มีความกระตือรือร้น เต็มใจและมีความพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพและเป็นมิตรตลอดเวลา
- 4) เจ้าหน้าที่มีความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่นไม่ขอสิ่งตอบแทน ไม่รับสินบน และไม่หาประโยชน์ในทางมิชอบ เป็นต้น
- 5) เจ้าหน้าที่ให้บริการเหมือนกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ
- 6) จุดรวมพลอยู่บริเวณใกล้ป้อมยาม กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินให้ไปรวมตัวที่จุดรวมพล

มาตรการระบบการคัดกรองกรณีโรคระบาด COVID-19

- 1) ผู้รับบริการจะเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ต้องผ่านจุดคัดกรองที่ 1 ก่อน ซึ่งเป็นจุดวัดไข้ โดยกำหนดที่อุณหภูมิไม่เกิน 37.5 หากมีไข้สูงเกินกำหนด จะไม่อนุญาตให้เข้ารับรักษา และผู้รับบริการจะถูกแยกออกไปเพื่อเข้าสู่ระบบการจัดการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลทันที
- 2) เมื่อผ่านการตรวจวัดอุณหภูมิแล้ว เจ้าหน้าที่จะทำการซักประวัติความเสี่ยง COVID-19 และให้คำแนะนำการป้องกันโรค และ จัดบริการ alcohol gel กับผู้รับบริการเช็ดมือ และ ผู้รับบริการต้องสวมหน้ากากอนามัยทุกคนก่อนเข้าสู่ระบบการรับบริการถัดไป
- 3) กรณีมีญาติ/ผู้ดูแลมากับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ขอให้ญาติและผู้ดูแลปฏิบัติดังนี้
 - 3.1 ขอให้ญาติสวมหน้ากากอนามัยทุกราย หากไม่มีขอให้ญาตินั่งรอผู้ป่วยที่ที่นั่งที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ด้านนอกอาคารผู้ป่วย
 - 3.2 หากมีญาติมามากกว่า 1 คน อนุญาตให้ช่วยดูแลผู้ป่วยได้เพียง 1 คน และญาติท่านอื่น ๆ กรุณารอในสถานที่ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้โดยไม่ให้เข้าไปแออัดในอาคารที่มาผู้ป่วยรอรับการรักษา



- 4) กรณีญาติ/ผู้ดูแลต้องขับรถไปจอดและไม่มีญาติ/ผู้ดูแลท่านอื่นมาด้วย ให้ญาติ/ผู้ดูแลท่านนั้น จอดรถไว้ที่ที่จัดไว้ให้จอดชั่วคราว (ไม่เกิน 15 นาที) แล้วลงมาช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพาผู้ป่วย ผ่านจุดคัดกรอง ทำบัตรให้เสร็จเรียบร้อย และพาผู้ป่วยไปนั่งที่จุดรอพบแพทย์แล้วจึงนำรถไป จอดในที่จอดรถ
- 5) แต่ละหน่วยบริการ จะนัดผู้ป่วยหล่อมเวลา เพื่อลดความแออัดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และ เพื่อให้การจัดการด้าน Social distancing ง่ายและสะดวกขึ้น

หมายเหตุ : มาตรฐานนี้ใช้เฉพาะกรณีมีโรคระบาด หากสถานการณ์ปกติใช้การบริการของระบบ มาตรฐานเดิม

มาตรฐานการแต่งกายของเจ้าหน้าที่

- ในวันทำงานสถานการณ์ปกติให้เจ้าหน้าที่แต่งกายในชุดเครื่องแบบตามแต่ละวิชาชีพ
- ในสถานการณ์โรคระบาด เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสผู้ป่วยต้องสวมหน้ากากอนามัย และ Face shield และสวมถุงมือ กรณีต้องดูแลใกล้ชิดหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องสวมชุดป้องกันการติดเชื้อที่ได้ มาตรฐานและปฏิบัติตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐานการจอดรถ

- มีจุดจอดรถที่สะดวก เข้าถึงได้ง่ายและเพียงพอ สำหรับรองรับผู้รับบริการได้ไม่ต่ำกว่า 100 คันต่อวัน
- มีจุดจอดรถเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการมีสัญลักษณ์ มองเห็นชัดเจน
- มีเจ้าหน้าที่คอยให้บริการด้านการจอดรถให้กับผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง
- กล้องวงจรปิดที่บริเวณลานจอดรถทุกจุด เพื่อป้องกันความเสียหายและเพิ่มความปลอดภัย แก่ผู้มารับบริการ



2.

ช่องทางการติดต่อ

เบอร์โทรศัพท์

สอบถามบริการต่างๆติดต่อแผนกผู้ป่วยนอก 038-343-568

ติดต่อในวันและเวลาราชการเท่านั้น (08.30-16.30 น.)

ติดต่อฝ่ายบริหารโทรศัพท์และโทรสาร 038-353-571

ติดต่อในวันและเวลาราชการเท่านั้น (08.30-16.30 น.)

ติดต่อเรื่องขอศึกษาดูงานโทรศัพท์ 038-343-573

ติดต่อในวันและเวลาราชการเท่านั้น (08.30-16.30 น.)



LINE ID : sgh.agingthai



Facebook: โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯกรมการแพทย์

<https://www.facebook.com/sgh.agingthai>



แผนที่และการเดินทาง



ที่อยู่

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
444 หมู่ 11 ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี 20150



การเดินทาง

รถยนต์ส่วนบุคคล

- **จากกรุงเทพมหานคร** ใช้เส้นทางถนนหลวงหมายเลข 7 มุ่งหน้าสู่พญาตามเส้นทางถนนสุขุมวิท ผ่านพญากลาง พญาใต้ รร.แอมบาสเดอร์จอมเทียน วิทยาลัยเทคนิคสัตหีบ ขับตรงมาประมาณ 5 กิโลเมตร เลี้ยวซ้ายเข้าวังตามป้ายวัดญาณสังวราราม ขับตรงเข้ามาประมาณ 5 กิโลเมตร เจอวงเวียนให้เลี้ยวซ้ายมาอีกประมาณ 100 เมตร รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรีจะอยู่ทางขวามือ
- **จากทางภาคตะวันออก** (ระยอง จันทบุรี ตราด) ใช้เส้นทางถนนสุขุมวิท มุ่งหน้ามา ทางอ.สัตหีบ จ.ชลบุรี จนถึงแยกไฟแดงสนามบินอู่ตะเภา ให้เลี้ยวขวา ตามถนนมาจนถึง แยกเกษมพล แล้วเลี้ยวขวาเข้าสู่ถนนเส้น 331 วิ่งตรงมาประมาณ 3 กม. ท่านจะเห็นแยกทางซ้ายมือ มีป้ายปากทางเข้าเขาชีจรรย์ ไร่อรุณ ให้ท่านเลี้ยวซ้าย มุ่งหน้ามาทางเขาชีจรรย์ เมื่อวิ่งผ่านเขาชีจรรย์ประมาณ 300 เมตร จะมีทางแยก ทางขวามือให้ท่านเลี้ยวขวาลงมา วิ่งตามถนนสายชนบท วิ่งผ่านวิหารเซียน อ่างเก็บน้ำบ้านอำเภอ จนกระทั่งเจอถนนเข้าวัดญาณฯ ให้เลี้ยวขวา วิ่งมาจนเจอวงเวียน แล้วเลี้ยวซ้ายมาประมาณ 100 เมตร ท่านจะเห็นรพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรีจะอยู่ทางขวามือ

รถโดยสารประจำทางจากกรุงเทพมหานคร

- **จากสายใต้/หมอชิต/เอกมัย** ขึ้นรถตู้กรุงเทพ-สัตหีบ ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 3 ชั่วโมงครึ่ง ลงปากทางเข้าวัดญาณสังวรารามแล้วนั่งมอเตอร์ไซค์รับจ้างเข้ามาอีกประมาณ 5 กิโลเมตร เจอวงเวียนให้เลี้ยวซ้ายมาอีกประมาณ 100 เมตร รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จะอยู่ทางขวามือ

ท่านสามารถค้นทางเส้นทางโดยใช้ Google map ได้จากทุกเส้นทางที่ท่านมา

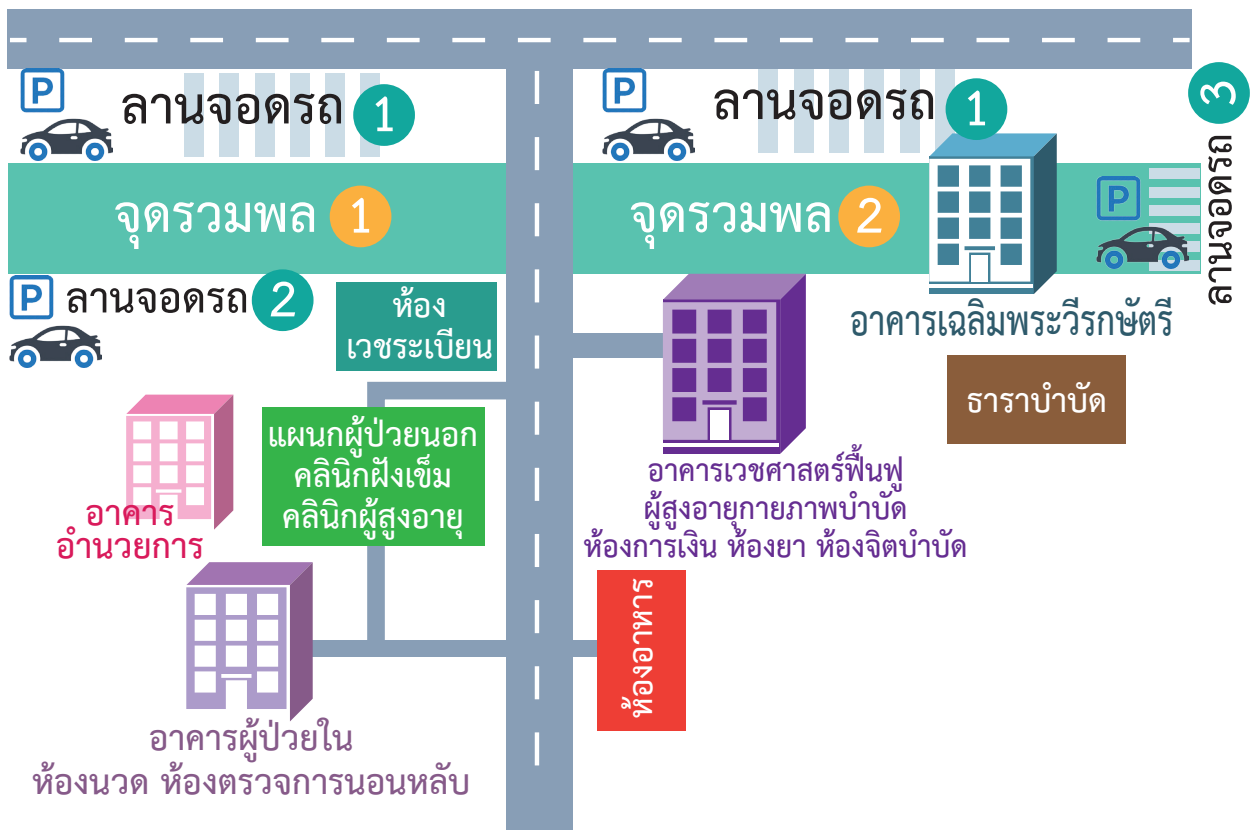




3.

แผนผังโรงพยาบาล

หน้า ร.พ.



สถานที่จอดรถ

ลานจอดรถ 1 : บริเวณด้านหน้าโรงพยาบาลสำหรับญาติ หรือผู้ป่วยรองรับได้ 70 คัน



ลานจอดรถ 2 : สำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ และสำหรับผู้รับบริหารทั่วไปรองรับได้ 10 คัน



ลานจอดรถ 3: สำหรับ เจ้าหน้าที่ ผู้มาฝึกอบรม และผู้มาติดต่อราชการรองรับได้จำนวน 25 คัน



สถานที่รับประทานอาหาร

ห้องอาหาร : ให้บริการอาหารผู้ป่วยในที่มาพักรักษา ผู้ป่วยนอก ญาติ และเจ้าหน้าที่รองรับได้

50-80 คน



4.

คำแนะนำ การปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

พบเหตุเพลิงไหม้

1. เมื่อพบเหตุเพลิงไหม้ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อควบคุมเพลิง
2. อยู่ให้ห่างไฟ
3. อย่าพยายามดับเพลิงด้วยตนเอง
4. รวมตัว ณ จุดรวมพลที่กำหนด ในแผนที่รพ.

เกิดเหตุเพลิงไหม้

1. ควบคุมสติ ไม่ตื่นตระหนก
2. ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด
3. รวมตัว ณ จุดรวมพลที่กำหนด ในแผนที่รพ.
4. อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม อย่าทิ้งใครไว้ตามลำพัง
5. หากสมาชิกของตนมาไม่ครบ ให้รายงานกับทางเจ้าหน้าที่โดยเร็ว
6. ไม่ควรอยู่ขวางทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ดับเพลิง
7. ห้ามกลับเข้าเขตพื้นที่จนกว่าจะได้รับอนุญาต



5.

ช่องทางการเผยแพร่ คู่มือการให้บริการประชาชน

เว็บไซต์โรงพยาบาล

<http://www.sgh.go.th>



LINE ID : sgh.agingthai



Facebook: โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯกรมการแพทย์

<https://www.facebook.com/sgh.agingthai>

QR CODE



คู่มือบริการประชาชน



การบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ก่อกำเนิดจากกระแสพระราชดำริพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช และสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณสังวร ที่มีพระราชดำริให้มีศูนย์รวมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่ได้เน้นเพียงร่างกาย แต่ให้ความสำคัญกับจิตใจและสังคมควบคู่กันไปด้วย อีกทั้งยังมุ่งหวังให้เป็นแหล่งฝึกอบรมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำชุมชนระดับตำบลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

โรงพยาบาลแห่งนี้เปิดดำเนินการครั้งแรกเมื่อปี พุทธศักราช 2538 เป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๐ เตียง ทั้งหมดเป็นห้องพิเศษเดี่ยว ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่โครงการพระราชดำริบริเวณรอบวัดญาณสังวราราม อ่าเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี มุ่งเน้นด้านวิชาการและบริการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มีการพัฒนาระบบบริการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เปิดให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และมีบริการต่างๆ เช่น บริการกายภาพบำบัด ธาราบำบัด กิจกรรมบำบัด แพทย์ทางเลือก (ฝังเข็ม และนวดกดจุด) นอกจากนี้ยังเปิดบริการคลินิกต่างๆ ตามแต่ละวัน เช่น คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง คลินิกการนอนหลับ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ คลินิกป้องกันการหกล้ม และคลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์

QR CODE แสดงคลิปวิดีโอ



ขั้นตอนการให้บริการเวชระเบียน



QR CODE แสดงคลิปวีดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

รอบเช้า ตั้งแต่เวลา 08.30 - 11.00 น.

รอบบ่าย ตั้งแต่เวลา 13.00 - 15.00 น.

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343565-7 ต่อ 1105

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบสิทธิเวชระเบียน

สามารถเข้ารับการตรวจสอบสิทธิ ทำประวัติผู้รับบริการใหม่ ได้ทุกกรณี ตามเงื่อนไข

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นตรวจสอบสิทธิ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ใบส่งตัวของโรงพยาบาลต้นสังกัดในกรณีเป็นผู้ใช้บริการประกันสังคม เช่น รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (ถ้ามี)
3. ใบส่งตัวของโรงพยาบาลต้นสังกัดที่เป็นผู้ป่วยส่งต่อ กรณีใช้สิทธิ สปสช. โดยได้รับความยินยอมจากทาง รพ. เป็นลายลักษณ์อักษร (ถ้ามี)
4. บัตรผู้พิการ (ถ้ามี)



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

กรณีผู้รับบริการรายเก่า

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|------------------------|--|--|------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบ สิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วน การเข้ารับบริการ -ประเมินภาวะ แพร่กระจายเชื้อทางเดิน หายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ (ผู้รับบริการ รายเก่า) | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนใน การตรวจสอบสิทธิ (กรณี มีใบส่งตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | รับบัตรคิวซัก ประวัติ | -รับบัตรคิวเพื่อซักประวัติ กับพยาบาล | 1 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 5 นาที |

หมายเหตุ : ในกรณีผู้รับบริการต้องตรวจสอบสิทธิจากต้นสังกัดจะใช้เวลาเพิ่มอีก 10 นาที



กรณีผู้รับบริการรายใหม่

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|------------------------|--|---|------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบ สิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วน การเข้ารับบริการ -ประเมินภาวะ แพร่กระจายเชื้อทางเดิน หายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ (ผู้รับบริการ รายใหม่) | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชน และ ใบส่งตัวจากรพ. ต้น สังกัด (กรณีใช้สิทธิ ประกันสังคม) -ให้ข้อมูลส่วนตัวกับ เจ้าหน้าที่เพื่อบันทึก ประวัติเข้าสู่ระบบ -เช็คสิทธิผู้รับบริการผ่าน สปสช. | 4 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | รับบัตรคิวซัก ประวัติ | -รับบัตรคิวเพื่อซักประวัติ กับพยาบาล | 1 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 7 นาที |

หมายเหตุ : ในกรณีผู้รับบริการต้องตรวจสอบสิทธิจากต้นสังกัดจะใช้เวลาเพิ่มอีก 10 นาที



ขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิงานประกันสุขภาพ



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.
ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343565-7 ต่อ 1105

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ใบส่งตัวของโรงพยาบาลต้นสังกัด

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ

-



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาการให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ |
|------------------------|------------------------|--|----------------------|-----------|------------------------------|
| 1. | ตรวจสอบสิทธิ | -ยื่นบัตรประชาชน และใบส่งตัวของโรงพยาบาลต้นสังกัด | 2 | นาที | งานเวชระเบียน |
| 2. | รอเจ้าหน้าที่ประสานงาน | -เจ้าหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัดเรื่องการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษา | 5 | นาที | งานประกันสุขภาพ |
| 3. | ยืนยันการใช้สิทธิ | -เจ้าหน้าที่แจ้งผลการใช้สิทธิแก่คนไข้ | 3 | นาที | งานเวชระเบียน |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 10 นาที |

ผู้ป่วยนอก

| สิทธิ | เอกสารที่ต้องใช้ | สิทธิการรักษา | หมายเหตุ |
|-----------------------------------|---|---|---|
| สิทธิเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง | -บัตรประชาชน | สามารถเบิกได้ทุกบริการ จ่ายเองเฉพาะในส่วนต่างที่ เบิกไม่ได้ | หากลืมนำบัตร ประชาชนมา ให้ชำระ เงินเอง แล้วนำไปเบิกกับ ต้นสังกัด |
| สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น | -บัตรประชาชน | สามารถเบิกได้ทุกบริการ จ่ายเองเฉพาะในส่วนต่างที่ เบิกไม่ได้ | - |
| สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | -บัตรประชาชน -ใบส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด(ถ้ามี) | ชำระเงินเองยกเว้น มีใบส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด ถึงสามารถใช้สิทธิได้ | ได้เฉพาะกายภาพบำบัด |
| สิทธิบัตรผู้พิการ | -บัตรประชาชน -บัตรประจำตัวผู้พิการ | สามารถใช้สิทธิได้ | ได้เฉพาะกายภาพบำบัด |
| สิทธิประกันสังคม | -บัตรประชาชน -ใบส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด(ถ้ามี) | ชำระเงินเองยกเว้น มีใบส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด ถึงสามารถใช้สิทธิได้ | ได้เฉพาะกายภาพบำบัด |
| สิทธิชำระเงิน | -บัตรประชาชน | ชำระเงิน | |

หมายเหตุ กรณีมีประกันสุขภาพ ต้องสำรองจ่ายและนำใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ไปเบิกค่ารักษากับบริษัทประกันสุขภาพเอง



ผู้ป่วยใน

| สิทธิ | เอกสารที่ต้องใช้ | สิทธิการรักษา | หมายเหตุ |
|---|---|--|---|
| สิทธิเบิกจ่ายตรง จาก กรมบัญชีกลาง | -บัตรประชาชน | สามารถเบิกได้ทุกบริการ | - |
| สิทธิสวัสดิการ พนักงานส่วน ท้องถิ่น | -บัตรประชาชน | สามารถเบิกได้ทุกบริการ | - |
| สิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ | -บัตรประชาชน -ใบส่งตัวจากรพ.ต้น สังกัด(ถ้ามี) | ชำระเงินเองยกเว้น มีใบ ส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด ถึง สามารถใช้สิทธิได้ | เบิกได้เฉพาะค่า กายภาพบำบัดและ ค่าบริการทางการแพทย์ (ชำระค่านวด ค่าฝังเข็ม ส่วนต่างค่า ห้องเอง) |
| สิทธิบัตรผู้พิการ | -บัตรประชาชน -บัตรประจำตัวผู้พิการ | สามารถใช้สิทธิได้ | เบิกได้เฉพาะค่า กายภาพบำบัดและ ค่าบริการทางการแพทย์ (ชำระค่านวด ค่าฝังเข็ม ส่วนต่างค่า ห้องเอง) |
| สิทธิประกันสังคม | -บัตรประชาชน -ใบส่งตัวจากรพ.ต้น สังกัด(ถ้ามี) | ชำระเงินเองยกเว้น มีใบ ส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด ถึง สามารถใช้สิทธิได้ | เบิกได้เฉพาะค่า กายภาพบำบัดและ ค่าบริการทางการแพทย์ (ชำระค่านวด ค่าฝังเข็ม ส่วนต่างค่า ห้องเอง) |
| สิทธิชำระเงิน | -บัตรประชาชน | ชำระเงิน | |

หมายเหตุ กรณีมีประกันสุขภาพ ต้องสำรองจ่ายและนำใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ไปเบิก
ค่ารักษากับบริษัทประกันสุขภาพเอง



ขั้นตอนการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ ห้องตรวจเบอร์ 2

วันเสาร์และวันอาทิตย์ เปิดบริการคลินิกเฉพาะทางนอกเวลาราชการกายภาพบำบัด
ระบบนัดล่วงหน้า เวลา 8.30 -12.00 น.

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ผลการตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)
3. ใบส่งตัวจากรพ.อื่น (ถ้ามี)



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (เบิกได้ตามสิทธิ)

ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ 50 บาท

คลินิกเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ค่าธรรมเนียมอื่นๆ 60 บาท (ชำระเอง)

ค่าบริการตามหัตถการต่างๆที่ได้รับ

ค่ายา ตามรายการยาที่ได้รับ

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด บัตรเดบิต วางบิล

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|-------------------------------|---|--|------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบ สิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วนการ เข้ารับบริการ -ประเมินภาวะแพร่กระจาย เชื้อทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและบัตรประจำตัว ประชาชนในการตรวจสอบ สิทธิ (กรณีมีใบส่งตัวให้ยื่น ด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | การประเมิน สัญญาณชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 4. | การซักประวัติ คัดกรอง | -ซักประวัติอาการเจ็บป่วย | 20 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 5. | พบแพทย์ ประเมิน อาการและ ตรวจร่างกาย | -ประเมินการตรวจร่างกาย และหรือส่งรักษาตามแผนก ต่างๆ | 20 | นาที | แพทย์ |
| 6. | รับบริการตาม แผนกที่แพทย์ ส่งรักษา | | 1 | ชั่วโมง | สหสาขา วิชาชีพ |
| 7. | นัดติดตาม และ ประเมินผล | -นัดติดตามประเมินผล | 5 | นาที | ตามแผนก สหสาขาที่นัด ติดตาม |
| 8. | ชำระเงิน | | 5 | นาที | ห้องการเงิน |
| 9. | รับยา/กลับ บ้าน | | 5 | นาที | ห้องยา |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 122 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ระบบบริการแบบใหม่ (New Normal Medical Services)

QR CODE แสดงคลิปวีดีโอขั้นตอนการรับบริการ



ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทางไกล ผ่านโทรศัพท์ เบอร์ 038-343568 และ
ผ่าน Application Line แบบ VDO Call และ Tele Medicine

วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.
ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ แผนกผู้ป่วยนอก

ช่องทางการติดต่อ โทร : 038-343568 และ Application Line

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. เลขประจำตัวบัตรประจำตัวประชาชน

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเข้ารับบริการ

จะต้องเป็นผู้ป่วยมีประวัติเก่าที่โรงพยาบาล อาการคงที่ ยินยอมเข้ารับบริการ



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (เบิกได้ตามสิทธิ)

ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ 50 บาท

ค่ายา ตามรายการยาที่ได้รับ ถ้ามีส่วนเกินต้องชำระเงินเอง

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด ชำระผ่าน Net Bank

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาการให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ |
|----------|---------------------------------|--|----------------------|-----------|------------------------------|
| 1. | การแจ้งความต้องการเข้ารับบริการ | - แจ้งความประสงค์ผ่านการโทรศัพท์หมายเลข 038-343568 หรือ Add ID Line sgh.agingthai หรือ สแกน QR Code. สอบถามบริการของทางโรงพยาบาล | 2 | นาที | งานผู้ป่วยนอก (พยาบาล) |
| 2. | การตรวจสอบสิทธิ | - เลขบัตรประจำตัวประชาชน - บันทึกข้อมูลในระบบ Hos-Xp - ตรวจสอบที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ | 2 | นาที | งานเวชระเบียน |
| 3. | การแจ้งนัดหมาย | พยาบาลแจ้งนัดเวลานัดหมายในการพบแพทย์ พร้อมทั้งแจ้ง Line ID รพ. | 5 | นาที | งานผู้ป่วยนอก (พยาบาล) |



| ลำดับที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การให้ บริการ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|------------------------|--|---|------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| วันเวลาที่นัดหมาย | | | | | |
| 4. | เจ้าหน้าที่ ติดต่อกลับ ซักประวัติ คัดกรอง | - พยาบาลติดต่อกลับตามช่วง เวลาที่นัดหมาย ด้วยการ โทรศัพท์หรือส่งข้อความหรือ วีดีโอคอลตามคิวที่พบแพทย์ - ซักประวัติข้อมูลสุขภาพ เบื้องต้น | 5 | นาที | งานผู้ป่วยนอก (พยาบาล) |
| 5. | พบแพทย์ ตรวจประเมิน หรือติดตาม การรักษา | - ประเมินอาการและสั่งยาและ นัดติดตามอาการ | 20 | นาที | แพทย์ |
| 6. | นัดติดตาม | - นัดติดตามประเมินผล - ออกใบนัดหมาย | 5 | นาที | งานผู้ป่วยนอก (พยาบาล) |
| 7. | ชำระเงิน | - หลังพบแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับ การยืนยันรับทราบค่าใช้จ่าย - ผู้ป่วยชำระเงิน ผ่านการโอน เงินทางระบบอินเทอร์เน็ต (Net Bank) กรณีชำระเงิน เองและค่ารักษาส่วนเกิน - ผู้รับบริการแสดงเอกสารการ ชำระเงิน - เจ้าหน้าที่ออกใบเสร็จรับเงิน | 10 | นาที | งานการเงิน |
| 8. | รับยา | - ห้องยาดำเนินการจัดเตรียม ยาให้ผู้รับบริการ - ผู้รับบริการแจ้งความประสงค์ ในการรับยากับเภสัชกร เช่น ทางไปรษณีย์หรือให้ญาติมา รับเอง | 20 | นาที | ห้องยา |
| 10. | นัดติดตาม การรับยา | - เภสัชกรติดตามการได้รับยา | 3 | วัน | ห้องยา |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 3 วัน 69 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

ทุกวันอังคาร เวลา 8.30 - 16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.
ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

หมายเหตุ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 - 16.30 น. เปิดบริการทำแบบประเมิน
(Comprehensive Geriatric Assessment- CGA) ห้องตรวจเบอร์ 6
ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเข้ารับการรักษาคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ต้องการประเมินคัดกรองหากกลุ่มอาการผู้สูงอายุ
มีการติดตามประเมินซ้ำปีละ 1 ครั้ง



เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ(ถ้ามี)

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (เบิกได้ตามสิทธิ)

ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ 50 บาท

ค่าบริการตามหัตถการต่างๆที่ได้รับ

ค่ายา ตามรายการยาที่ได้รับ

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเดบิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|-------------------------------|---|--|------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบสิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วนการ เข้ารับบริการ -ประเมินภาวะ แพร่กระจายเชื้อทางเดิน หายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | การประเมินคัด กรองสัญญาณ ชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 4. | ซักประวัติและ ประเมินผู้ป่วย ตามแบบ ประเมินCGA | | 45 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 5. | พบแพทย์ | ประเมินการตรวจร่างกาย | 20 | นาที | แพทย์ |
| 6. | พบทีมสหสาขา วิชาชีพ | กรณีพบความเสี่ยงต้อง ประเมินเพิ่มหรือต้องได้รับ การดูแลต่อ | 30 | นาที | ทีมสหสาขา วิชาชีพ |
| 7. | นัดติดตามและ ประเมินผล | -นัดประเมินซ้ำทุก 1 ปี | 5 | นาที | คลินิก ผู้สูงอายุ |
| 8. | ชำระเงิน | | 5 | นาที | ห้องการเงิน |
| 9. | รับยา/กลับบ้าน | | 5 | นาที | ห้องยา |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 117 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู

QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 8.30-12.00 น.

วันอังคารสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน เวลา 8.30-12.00 น.

ทุกวันศุกร์ เวลา 13.00-16.30 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเข้ารับการรักษา

บริการตรวจโรคในผู้สูงอายุและคนทั่วไปที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพฤกษ์จากหลอดเลือดสมองตีบ แตก หรือตัน (Stroke) โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ โรคของกล้ามเนื้อ เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคหลอดเลือดหัวใจระยะฟื้นฟู และ โรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและพร้อมด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์



เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (เบิกได้ตามสิทธิ)

ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ 50 บาท

ค่าบริการตามหัตถการต่างๆที่ได้รับ

ค่ายา ตามรายการยาที่ได้รับ

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเดบิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|-------------------------------|--|---|------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบสิทธิ | - จับบัตรคิว - ประเมินความเร่งด่วนการ เข้ารับบริการ - ประเมินภาวะ แพร่กระจายเชื้อทางเดิน หายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วยนอก |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ | - ยืนยันบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบ ส่งตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวชระเบียน |
| 3. | การประเมินคัด กรองสัญญาณ ชีพ | - วัดสัญญาณชีพ ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วยนอก |
| 4. | ซักประวัติคัด กรอง | - ซักประวัติอาการเจ็บป่วย | 20 | นาที | งานผู้ป่วยนอก |
| 5. | การตรวจ ประเมิน (ผู้ป่วย รายใหม่) | - ประเมินการตรวจร่างกาย และซักประวัติ ค้นหา ปัญหา วินิจฉัยวางแผน ทางการรักษา | 20 | นาที | แพทย์เฉพาะทาง เวชศาสตร์ฟื้นฟู |
| 5. | ผู้ป่วยรายเก่า ตรวจวินิจฉัย ทางแพทย์ | - ตรวจวินิจฉัยทาง การแพทย์และนัดวางแผน การรักษาโดยแพทย์ เฉพาะทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู | 15 | นาที | แพทย์ |
| 6. | รับบริการตาม แผนกที่แพทย์ ส่งรักษา | | 1 | ชั่วโมง | สหสาขาวิชาชีพ |
| 7. | นัดติดตามและ ประเมินผล | - นัดติดตามประเมินผล | 5 | นาที | ตามแผนก สหสาขาที่นัด ติดตาม |
| 8. | ชำระเงิน | | 5 | นาที | ห้องการเงิน |
| 9. | รับยา/กลับบ้าน | | 10 | นาที | ห้องยา |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 132 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการคลินิกอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

ทุกวันพุธ เวลา 8.30 -12.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ ห้องตรวจเบอร์ 3

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ผลการตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)



หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเข้ารับการรักษา

บริการตรวจโรคระบบสมองในผู้สูงอายุ และคนทั่วไป และโรคทางระบบประสาท โดยมีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมระบบประสาทและพร้อมด้วย อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์

อายุรกรรมประสาท (Neurology Services)

1. โรคอัมพฤกษ์จากหลอดเลือดสมองตีบ แตก หรือตัน (Stroke)
2. ปวดศีรษะ (Headaches)
3. เวียนศีรษะ (Dizziness)
4. โรคลมชักหรืออาการรูด (Seizure/Syncope)
5. โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Movement Disorder)
6. ปวดแสบปวดร้อน จากเส้นประสาทอักเสบ (Neuralgia)
7. โรคของกล้ามเนื้อ เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Neuromuscular Diseases) ออฟฟิศ ซินโดรม
8. โรคของเส้นประสาท เช่น ชามือ ชาเท้า (Neuropathy)

*ส่งต่อการตรวจ : การวินิจฉัยที่แม่นยำด้วยเครื่องมือทันสมัย (Neurodiagnostic Testing) โรงพยาบาลเอกชนที่สะดวกและรวดเร็ว ปลอดภัย

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ที่ | | ขั้นตอนการบริการ | การให้บริการ | | หน่วยงานที่รับผิดชอบ |
|-----|--|---|--------------|---------|--|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบ สิทธิ | - จับบัตรคิว - ประเมินความเร่งด่วน การเข้ารับบริการ ประเมินภาวะแพร่กระจาย เชื้อทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ | - ยืนยันบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบ ส่งตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | การประเมิน คัดกรอง สัญญาณชีพ | - วัดสัญญาณชีพ ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 4. | ซักประวัติคัด กรอง | - ซักประวัติอาการ เจ็บป่วยทางระบบ ประสาทและสมอง | 20 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 5. | การตรวจ ประเมิน (ผู้ป่วยราย ใหม่) | - ประเมินการตรวจ ร่างกายและซักประวัติ ค้นหาปัญหา วินิจฉัยวาง แนวทางการรักษา | 20 | นาที | แพทย์เฉพาะ ทางระบบ ประสาทและ สมอง |
| 6. | ผู้ป่วยรายเก่า ตรวจวินิจฉัย ทางแพทย์ | - ตรวจวินิจฉัยทาง การแพทย์และนัดวาง แผนการรักษาโดยแพทย์ เฉพาะทางระบบประสาท และสมอง | 15 | นาที | แพทย์ |
| 7. | รับบริการตาม แผนกที่แพทย์ ส่งรักษา | | 1 | ชั่วโมง | สหสาขา วิชาชีพ |



| | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|---------------------|---|------|-----------------------------------|
| 8. | นัดติดตาม และ ประเมินผล | -นัดติดตามประเมินผล | 5 | นาที | ตามแผนก สหสาขาที่นัด ติดตาม |
| 9. | ชำระเงิน | | 5 | นาที | ห้องการเงิน |
| 10. | รับยา/กลับ บ้าน | | 5 | นาที | ห้องยา |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 122 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการคลินิกฝังเข็ม



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343565-7 ต่อ 1102

Line ID : @zfg7075m

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษอื่นๆ(ถ้ามี)



หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเข้ารับการรักษาคลินิกฝังเข็ม

พบแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อพิจารณาการรักษาโดยการฝังเข็ม ประเมินหาข้อห้ามในการฝังเข็ม ข้อควรระวัง กรณีที่ต้องดูแลพิเศษ แจ้งการเตรียมตัวก่อนการฝังเข็ม ข้อควรปฏิบัติระหว่างการฝังเข็ม ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา ระยะเวลาการประเมินผล และไม่มีข้อห้ามในการฝังเข็ม

ภาวะที่ควรระวังหรือห้ามฝังเข็มได้แก่

- 1) สตรีตั้งครรภ์โดยเฉพาะในระยะใกล้คลอด เนื่องจากอาจกระตุ้นให้มดลูกบีบตัวมากเกินไปจนทำให้เกิดการแท้งลูกได้
- 2) ผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เมื่อเลือดออกแล้วหยุดยาก
- 3) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีเครื่องกระตุ้นการเต้นหัวใจ (pacemaker) ติดอยู่ในร่างกาย ห้ามรักษาโดยเครื่องกระตุ้นเข็มด้วยไฟฟ้า เพราะอาจรบกวนการทำงานของเครื่องทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะจนเกิดอันตรายร้ายแรงได้
- 4) ผู้ที่ตื่นเต้นหวาดกลัวต่อการรักษามากเกินไป กลัวเข็มทุกอย่างที่ได้พยายามอย่างเต็มที่แล้ว ก็ยังควบคุมจิตใจตนเองไม่ได้
- 5) ผู้ที่เหน็ดเหนื่อยหลังออกกำลังกายหนัก
- 6) ทารกเด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคจิต โรคสมองเสื่อม ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้
- 7) โรคมะเร็ง (ที่ยังไม่ได้รับการรักษา)



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ

(สิทธิ์เบิกจ่ายตรงสามารถเบิกค่าฝังเข็มได้ 150 บาท หากมีส่วนเกินต้องชำระเงินเอง)

อัตราค่าบริการ/ชาวไทย

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ

1. ค่าฝังเข็ม 150 บาท
2. ค่ากระตุ้นไฟฟ้า 100 บาท
3. ค่าครอบแก้ว 100 บาท
4. ค่าคอมร็อนBio-spectum 100 บาท

อัตราค่าบริการ/ชาวต่างชาติ

1. ค่าฝังเข็ม 225 บาท
2. ค่ากระตุ้นไฟฟ้า 150 บาท
3. ค่าครอบแก้ว 150 บาท
4. ค่าคอมร็อน Bio-spectum 150 บาท
5. ค่าบริการ 100 บาท

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|--------------|---|--|------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบ สิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วน การเข้ารับบริการ -ประเมินภาวะ แพร่กระจายเชื้อทางเดิน หายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนใน การตรวจสอบสิทธิ (กรณี มีใบส่งตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | การประเมิน คัดกรอง สัญญาณชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 4. | ซักประวัติคัด กรอง | -ซักประวัติอาการ เจ็บป่วย | 20 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 5. | การตรวจ ประเมิน (ในกรณีผู้รับ บริการรายใหม่ หรือผู้รับบริการ ครบประเมิน การรักษา) | -ในผู้รับบริการรายใหม่ ก่อนรับบริการต้องได้รับ การตรวจจากแพทย์แผน ปัจจุบันก่อนพร้อมทั้ง เซ็นใบยินยอมการรักษา -ตรวจประเมินในผู้รับ บริการครบประเมินการ รักษา | 20 | นาที | แพทย์ |



| | | | | | |
|------------------------|------------------------------------|---|----|------|----------------------------------|
| 6. | ตรวจวินิจฉัย ทางแพทย์ แผนจีน | -ตรวจวินิจฉัยทาง การแพทย์แผนจีนและ วางแผนการรักษา | 15 | นาที | แพทย์แผน จีน/แพทย์ ฝังเข็ม |
| 7. | ชำระเงิน | -ชำระเงินค่าบริการก่อน ทำการรักษา | 5 | นาที | ห้องการเงิน |
| 8. | รับการรักษา | -รับการรักษาทาง การแพทย์แผนจีน | 40 | นาที | คลินิกฝังเข็ม |
| 9. | รับนัด | -รับนัดการรักษาครั้ง ถัดไป | 5 | นาที | คลินิกฝังเข็ม |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 107 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษา การใช้กัญชาทางการแพทย์



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

เปิดบริการทุกวันพุธ เวลา 8.30 -16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ ห้องตรวจเบอร์ 4

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ผลการตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)
3. ตัวอย่างน้ำมันกัญชา หรือสารสกัดที่เกี่ยวข้องกับกัญชา (ถ้ามี)



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (เบิกได้ตามสิทธิ)

ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ 50 บาท

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด บัตรเดบิต วางบิล

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|------------------------|---|--|------------------------------|-----------|---|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบ สิทธิ | - จับบัตรคิว - ประเมินความเร่งด่วน การเข้ารับบริการ - ประเมินภาวะ แพร่กระจายเชื้อทางเดิน หายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การ ตรวจสอบ สิทธิ | - ยืนยันบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบ ส่งตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | การประเมิน สัญญาณชีพ | - วัดสัญญาณชีพ ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 4. | การซัก ประวัติ คัดกรอง | - ซักประวัติโรค /กลุ่ม อาการ/การใช้สารสกัด กัญชา *กรณีใช้อยู่ | 10 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 5. | พบแพทย์ ประเมิน อาการและ ให้คำปรึกษา | - ประเมินการตรวจ ร่างกายและซักประวัติ ค้นหาปัญหาพร้อมให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ และความจำเป็นในการใช้ สารสกัดกัญชาในการ รักษาทางการแพทย์ (แบบ ให้คำปรึกษากรรมการ แพทย์) | 40 | นาที | แพทย์/ พยาบาล วิชาชีพที่ผ่าน การอบรม เฉพาะทาง |
| 6. | นัดติดตาม ประเมินผล | - นัดติดตามประเมินผล | 5 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 7. | ชำระเงิน | | 5 | นาที | ห้องการเงิน |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 67 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันศุกร์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเวลา 8.30 - 12.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเข้ารับการรักษา

- 1) ผู้ที่มีภาวะทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ
- 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำจะต้องมีญาติมาด้วยเพื่อทำการประเมินหรือซักถามข้อมูลการเจ็บป่วยได้



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ(เบิกได้ตามสิทธิ)

ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ 50 บาท

ค่าบริการตามหัตถการต่างๆที่ได้รับ

ค่ายา ตามรายการยาที่ได้รับ

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|--------------|--------------------------------|---|------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบ สิทธิ | - จับบัตรคิวประเมินความ เร่งด่วนการเข้ารับบริการ ประเมินภาวะแพร่กระจาย เชื้อทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การ ตรวจสอบ สิทธิ | - ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบส่ง ตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |



| | | | | | |
|------------------------------|--|--|-------|------|----------------------------------|
| 3. | การประเมิน คัดกรอง สัญญาณชีพ | - วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 4. | ซักประวัติคัด กรอง | - ซักประวัติอาการเจ็บป่วย ภาวะทางอารมณ์ | 20 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 5. | การตรวจ ประเมิน | - ประเมินการตรวจร่างกาย และซักประวัติ ค้นหาปัญหา วินิจฉัยวางแผนทางการ รักษา | 20 | นาที | จิตแพทย์/ แพทย์ทั่วไป |
| 6. | ซักประวัติ และทำแบบ ประเมินทาง จิตวิทยา คลินิก | - ประเมินทางจิตวิทยาคลินิก และวางแผนการรักษา * กรณีส่งต่อการรักษา | 45 | นาที | นักจิตวิทยา คลินิก |
| 7. | ***ผู้ป่วย รักษา ต่อเนื่อง | - พฤติกรรมบำบัด - จิตบำบัด - ครอบครัวบำบัด | ***90 | นาที | นักจิตวิทยา คลินิก |
| 8. | ทำนัด(พบ แพทย์เฉพาะ ทาง/ทำจิต บำบัด/ทำ แบบทดสอบ) | - ตกลงการนัดการรักษาครั้ง ถัดไปกับผู้ป่วยและญาติ | 10 | นาที | พยาบาล/ นักจิตวิทยา คลินิก |
| 9. | ชำระเงิน | - ชำระเงินค่าบริการก่อนทำ การรักษา | 5 | นาที | ห้องการเงิน |
| 10. | รับยา/กลับ บ้าน | | 10 | นาที | ห้องยา |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม: | | | | | 117 นาที |

หมายเหตุ สำหรับคนไข้ที่ไม่สะดวกมารับบริการที่โรงพยาบาล สามารถรับบริการผ่านระบบ video call ได้ โดยสามารถดูรายละเอียดขั้นตอนการรับบริการได้ที่หัวข้อ แผนกผู้ป่วยนอกระบบบริการแบบใหม่ หน้า 25



ขั้นตอนการให้บริการคลินิกป้องกันการหกล้ม

QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

ในเวลา วันจันทร์ ถึง ศุกร์ เวลา 8.30 – 15.00 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.
ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568 ต่อ 6103-6104

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ใบส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด กรณีใช้สิทธิสปสช. (ถ้ามี)
3. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)



หลักเกณฑ์วิธีการเงื่อนไขในการขอรับบริการ

1. ทางทีมคลินิกป้องกันการหกล้มและนักกายภาพบำบัดอธิบายขั้นตอนในการรับบริการ
คลินิกป้องกันการหกล้ม ระยะเวลาในการให้บริการ ประมาณการค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการฝึกออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแลทราบ
2. ผู้สูงอายุและญาติลงชื่อในใบยินยอมต่อการรักษาทางกายภาพบำบัด
3. ทีมแพทย์และพยาบาลในคลินิกสูงอายุทำการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มและปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง
4. นักกายภาพบำบัดตรวจประเมินการทรงตัวและการก้าวการหกล้ม พร้อมทั้งจัดกลุ่มและวางแผนการฝึกให้แก่ผู้สูงอายุและทำการนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อมารับการบริการอย่างต่อเนื่องตามนัดต่อไป

ข้อห้ามในการรับบริการ

1. ความดันโลหิตผิดปกติ (มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 mmHg)
2. มะเร็งระยะแพร่กระจาย
3. โรคติดต่อในระยะที่มีการแพร่เชื้อ
4. มีไข้สูง หรือโรคติดเชื้อเฉียบพลัน
5. บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ร้าวที่ยังไม่ติดดี
6. กระดูกพรุนรุนแรง

ข้อควรระวังในการรับบริการ

1. หญิงมีครรภ์ และ มีประจำเดือน
2. กรณีโรคหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดโป่ง หลอดเลือดดำอักเสบ หลอดเลือดแข็งตัว เป็นต้น
3. ความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตต่ำ
4. มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด หรืออยู่ระหว่างการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
5. บริเวณที่มีการผ่าตัด ใส่เหล็ก หรือข้อเทียม



ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ(เบิกได้ตามสิทธิ)

| รายการ | อัตราค่าบริการ |
|---|-----------------|
| Massage & Manual Therapy | 110 บาท/ตำแหน่ง |
| Ambulation Training | 130 บาท/ครั้ง |
| Physiotherapy Assessment & Plan of Treatment | 100 บาท/ครั้ง |
| Coordination Training / Transferring Training | 160 บาท/ครั้ง |
| Standing Balance / Treadmill | 190 บาท/ครั้ง |
| Therapeutic Exercise | 100 บาท/ครั้ง |
| Biofeedback | 110 บาท/ครั้ง |
| Care Giver Training / Home program | 180 บาท/ครั้ง |
| Hot pack | 60 บาท/แผ่น |
| Cold pack | 60 บาท/แผ่น |
| Passive Exercise Stretching | 100 บาท/ครั้ง |
| Taping / Strapping | 170 บาท/ครั้ง |
| Compressor Unit for Lymphatic Condition | 100 บาท/ครั้ง |



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ | หมาย เหตุ |
|--------------|---|---|------------------------------|---------------|--------------------------------------|--------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบสิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วนการ เข้ารับบริการ -ประเมินภาวะแพร่กระจาย เชื้อทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบ ส่งตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวชระเบียน | |
| 3. | การประเมินคัด กรองสัญญาณ ชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 4. | ซักประวัติคัด กรอง | -ซักประวัติอาการเจ็บป่วย | 20 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 5. | ตรวจประเมินคัด กรองการหกล้ม และปัจจัยเสี่ยง | เฉพาะผู้รับบริการรายใหม่ ก่อนรับบริการต้องได้รับ การตรวจจากทีมแพทย์และ พยาบาลในคลินิกป้องกัน การหกล้ม | 20 | นาที | งานคลินิก ผู้สูงอายุ | |



| | | | | | | |
|------------------------|---|---|----|-------|----------------|---------|
| 6. | อธิบายขั้นตอนในการเข้าร่วมคลินิกป้องกัน การหกล้ม | นักกายภาพบำบัดอธิบายขั้นตอนในการรับบริการ ระยะเวลาในการให้บริการ ประเมินการค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการฝึกออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแลทราบ -ผู้สูงอายุละเอียดลงชื่อในใบยินยอมต่อการรักษาทางกายภาพบำบัด | 10 | นาที่ | งานกายภาพบำบัด | |
| 7. | การตรวจประเมินระบบการทรงตัว การก้มการหกล้มและการก้มการหกล้ม | ตรวจประเมินระบบการทรงตัว การก้มการหกล้มและวิเคราะห์การทรงตัว | 20 | นาที่ | งานกายภาพบำบัด | |
| 8. | จัดแบ่งประเภทตามความเสี่ยงในการหกล้ม | นำการทรงตัวที่ประเมินได้มาจัดผู้สูงอายุตามกลุ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม | 10 | นาที่ | งานกายภาพบำบัด | |
| 9. | รับนัด | -รับนัดการรักษาครั้งถัดไป | 5 | นาที่ | งานกายภาพบำบัด | |
| 10. | ชำระเงิน | -ชำระเงินค่าบริการ | 5 | นาที่ | ห้องการเงิน | |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | | 97นาที่ |



ขั้นตอนการให้บริการงานกายภาพบำบัด



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

ในเวลา วันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.30 - 16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.
นอกเวลา วันเสาร์ อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 8.30 - 12.00 น.
(คนไข้นัดหมายเท่านั้น)

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568 ต่อ 6103-6104

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ใบส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด กรณีใช้สิทธิสปสช. (ถ้ามี)
3. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ผลการตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)



หลักเกณฑ์วิธีการเงื่อนไขในการขอรับบริการ

ผู้ป่วยนอก เวลาการให้บริการ 8.30-12.00 น. โดยยื่นบัตรเพื่อเข้ารับบริการได้ตั้งแต่เวลา 8.30-10.30

ผู้ป่วยใน เวลาการให้บริการ 13.00-15.30 น. กรณีเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีผู้ดูแลและต้องได้รับการฝึกการดูแลที่ถูกต้อง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีผู้ดูแลที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันได้ตลอดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

กรณีมีอาการผิดปกติให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ ฯลฯ

ข้อห้ามในการรับบริการกายภาพบำบัดและธาราบำบัด

1. ความดันโลหิตผิดปกติ (มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 mmHg)
2. มะเร็งระยะแพร่กระจาย
3. โรคติดต่อในระยะที่มีการแพร่เชื้อ
4. มีไข้สูง หรือโรคติดเชื้อเฉียบพลัน
5. บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ร้าวที่ยังไม่ติดดี
6. กระดูกพรุนรุนแรง

ข้อควรระวังในการรับบริการทางกายภาพบำบัดและธาราบำบัด

1. หญิงมีครรภ์ และ มีประจำเดือน
2. กรณีโรคหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดโป่ง หลอดเลือดดำอักเสบ หลอดเลือดแข็งตัว เป็นต้น
3. ความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตต่ำ
4. มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด หรืออยู่ระหว่างการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
5. บริเวณที่มีการผ่าตัด ใส่เหล็ก หรือข้อเทียม



ขั้นตอนการเข้ารับบริการ

- 1. นักกายภาพบำบัดอธิบายขั้นตอนในการรักษาทางกายภาพบำบัด ระยะเวลาในการให้การรักษา ประเมินการค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาทางกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ
- 1. ผู้ป่วยและญาติลงชื่อในใบยินยอมต่อการรักษาทางกายภาพบำบัดและธาราบำบัด
- 1. นักกายภาพบำบัดตรวจประเมินร่างกายเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด
- 1. นักกายภาพบำบัดตั้งเป้าหมายในการรักษา วางแผนการรักษา ให้การรักษาทางกายภาพบำบัดและทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัดต่อไป

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ(เบิกได้ตามสิทธิ)

| รายการ | อัตราค่าบริการ |
|---|-----------------|
| Massage & Manual Therapy | 110 บาท/ตำแหน่ง |
| Ambulation Training | 130 บาท/ครั้ง |
| Physiotherapy Assessment & Plan of Treatment | 100 บาท/ครั้ง |
| Coordination Training / Transferring Training | 160 บาท/ครั้ง |
| Development Training | 260 บาท/ครั้ง |
| Cervical Traction | 140 บาท/ครั้ง |
| Pulmonary Rehabilitation | 400 บาท/ครั้ง |
| Electrical Stimulation | 120 บาท/ตำแหน่ง |
| Standing Balance / Treadmill | 190 บาท/ครั้ง |
| Therapeutic Exercise | 100 บาท/ครั้ง |
| Biofeedback | 110 บาท/ตำแหน่ง |
| Care Giver Training / Home program | 180 บาท/ครั้ง |
| Hot pack | 60 บาท/แผ่น |
| Cold pack | 60 บาท/แผ่น |
| Hydrotherapy | 600 บาท/ครั้ง |
| Laser Therapy | 300 บาท/ตำแหน่ง |
| Manipulation & Mobilization | 260 บาท/ตำแหน่ง |
| Paraffin bath | 70 บาท/ตำแหน่ง |
| Passive Exercise Stretching | 100 บาท/ครั้ง |
| Pelvic Traction | 140 บาท/ครั้ง |
| Short Wave Diathermy | 130 บาท/ตำแหน่ง |
| Taping / Strapping | 170 บาท/ครั้ง |
| Tilt Table | 120 บาท/ครั้ง |
| Ultrasound Therapy | 120 บาท/ตำแหน่ง |
| Compressor Unit for Lymphatic Condition | 100 บาท/ครั้ง |
| Shock Wave Therapy | 220 บาท/ครั้ง |
| Magnetotherapy / Radiotherapy | 260 บาท/ตำแหน่ง |
| Cardiac Rehabilitation | 500 บาท/ครั้ง |
| Work Conditioning Training with High Technology | 1000 บาท/ครั้ง |
| Niagara bath (เบิกไม่ได้) | 500 บาท/ครั้ง |



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|--------------|--|--|------------------------------|---------------|--------------------------------------|----------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบสิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วน การเข้ารับบริการ -ประเมินภาวะ แพร่กระจายเชื้อ ทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนใน การตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบส่งตัวให้ยื่น ด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน | |
| 3. | การประเมินคัด กรองสัญญาณ ชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ซึ่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง ชีพ | 3 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 4. | ซักประวัติคัด กรอง | -ซักประวัติอาการ เจ็บป่วย | 20 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 5. | การตรวจ ประเมิน (เฉพาะ ผู้รับบริการราย ใหม่) | -เฉพาะผู้รับบริการราย ใหม่ ก่อนรับบริการต้อง ได้รับการตรวจจาก แพทย์แผนปัจจุบันก่อน พร้อมทั้งเซ็นใบยินยอม การรักษา | 15 | นาที | แพทย์ | |



| | | | | | | |
|------------------------|--|---|----|------|--------------------|---------|
| 6. | การอธิบาย ขั้นตอนในการ รักษา/ความ เสี่ยงจากการ รักษาทาง กายภาพบำบัด และลงชื่อ ยินยอมต่อการ รักษาทาง กายภาพบำบัด (ในกรณีผู้ป่วย รายใหม่) | -นักกายภาพบำบัด อธิบายขั้นตอนในการ รักษาทาง กายภาพบำบัด ระยะเวลาในการให้การ รักษา ประเมินการ ค่าใช้จ่ายและความ เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จากการรักษาทาง กายภาพบำบัดให้กับ ผู้ป่วยและญาติหรือ ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ -ผู้ป่วยและญาติลงชื่อใน ใบยินยอมต่อการรักษา ทางกายภาพบำบัดและ ธาราบำบัด | 10 | นาที | งาน กายภาพบำบัด | |
| 7. | ตรวจประเมิน/ วินิจฉัยทาง กายภาพบำบัด | -ตรวจร่างกาย วิเคราะห์สาเหตุของโรค และวินิจฉัยทาง กายภาพบำบัด | 20 | นาที | งาน กายภาพบำบัด | |
| 8. | รับการรักษา | -รับการรักษาทางการ กายภาพบำบัด | 40 | นาที | งาน กายภาพบำบัด | |
| 9. | ประเมินผลหลัง การรักษาทันที | -ประเมินผลหลังการ รักษาทันที เพื่อลด อาการไม่พึงประสงค์ที่ อาจเกิดภายหลังจาก การรักษาได้ | 5 | นาที | งาน กายภาพบำบัด | |
| 10. | รับนัด | -รับนัดการรักษาครั้ง ถัดไป | 5 | นาที | งาน กายภาพบำบัด | |
| 11. | ชำระเงิน | -ชำระเงินค่าบริการหลัง ทำการรักษา | 5 | นาที | ห้องการเงิน | |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | | 127นาที |



ขั้นตอนการให้บริการธาราบำบัด



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.30 - 16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.
ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568 ต่อ 6103-6104

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ใบส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด กรณีใช้สิทธิสปสช. (ถ้ามี)
3. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ผลการตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)



หลักเกณฑ์วิธีการเงื่อนไขในการขอรับบริการ

ผู้ป่วยที่มารับบริการต้องไม่มีปัญหาด้านการกลืนปัสสาวะอุจจาระ แผลเปิด
โรคติดต่อทางผิวหนัง

ข้อห้ามในการรับบริการกายภาพบำบัดและธาราบำบัด

1. ความดันโลหิตผิดปกติ (มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 mmHg)
2. มะเร็งระยะแพร่กระจาย
3. โรคติดต่อในระยะที่มีการแพร่เชื้อ
4. มีไข้สูง หรือโรคติดเชื้อเฉียบพลัน
5. บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ร้าวที่ยังไม่ติดดี
6. กระดูกพรุนรุนแรง

ข้อควรระวังในการรับบริการทางกายภาพบำบัดและธาราบำบัด

1. หญิงมีครรภ์ และ มีประจำเดือน
2. กรณีโรคหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดโป่ง หลอดเลือดดำอักเสบ
หลอดเลือดแข็งตัว เป็นต้น
3. ความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตต่ำ
4. มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด หรืออยู่ระหว่างการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
5. บริเวณที่มีการผ่าตัด ใส่เหล็ก หรือข้อเทียม



ขั้นตอนการเข้ารับบริการ

- 1. นักกายภาพบำบัดอธิบายขั้นตอนในการรักษา/ฟื้นฟูทางธรรบำบัดระยะเวลาในการให้การรักษาระมาณการค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาทางธรรบำบัดให้กับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ
- 1. ผู้ป่วยและญาติลงชื่อในใบยินยอมต่อการรักษาทางกายภาพบำบัดและธรรบำบัด
- 1. นักกายภาพบำบัดตรวจประเมินร่างกายเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด
- 1. นักกายภาพบำบัดตั้งเป้าหมายในการรักษาวางแผนการรักษาให้การรักษา/ฟื้นฟูทางธรรบำบัดและทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัดต่อไป

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ(เบิกได้ตามสิทธิ)

| รายการ | อัตราค่าบริการ |
|--|----------------|
| ค่าบริการ | 50 บาท |
| Physiotherapy Assessment & Plan of Treatment | 100 บาท/ ครั้ง |
| Hydrotherapy | 600 บาท/ ครั้ง |



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|--------------|---|---|------------------------------|---------------|--------------------------------------|----------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบสิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความ เร่งด่วนการเข้ารับ บริการ -ประเมินภาวะ แพร่กระจายเชื้อ ทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและ บัตรประจำตัว ประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบส่งตัวให้ ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน | |
| 3. | การประเมินคัด กรองสัญญาณ ชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 4. | ซักประวัติคัด กรอง | -ซักประวัติอาการ เจ็บป่วย | 20 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 5. | การตรวจ ประเมิน (เฉพาะ ผู้รับบริการราย ใหม่) | -เฉพาะผู้รับบริการ รายใหม่ ก่อนรับ บริการต้องได้รับ การตรวจจาก แพทย์แผนปัจจุบัน ก่อน พร้อมทั้งเซ็น ใบยินยอมการ รักษา | 15 | นาที | แพทย์ | |



| | | | | | | |
|----|---|---|----|------|--------------------|--|
| 6. | การอธิบาย ขั้นตอนในการ รักษา/ความเสี่ยง จากการรักษา ทาง กายภาพบำบัด/ ธาราบำบัด และ ลงชื่อยินยอมต่อ การรักษาทาง กายภาพบำบัด (ในกรณีผู้ป่วย รายใหม่) | -นักกายภาพบำบัด อธิบายขั้นตอนใน การรักษาทาง กายภาพบำบัด ระยะเวลาในการให้ การรักษา ประมาณการ ค่าใช้จ่ายและความ เสี่ยงที่อาจจะ เกิดขึ้นจากการ รักษาทาง กายภาพบำบัด ให้กับผู้ป่วยและ ญาติหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยทราบ -ผู้ป่วยและญาติลง ชื่อในใบยินยอมต่อ การรักษาทาง กายภาพบำบัดและ ธาราบำบัด | 10 | นาที | งาน กายภาพบำบัด | |
| 7. | ตรวจประเมิน/ วินิจฉัยทาง กายภาพบำบัด | -ตรวจร่างกาย วิเคราะห์สาเหตุ ของโรคและวินิจฉัย ทางกายภาพบำบัด | 15 | นาที | งาน กายภาพบำบัด | |
| 8. | รับการรักษา ธาราบำบัด | -รับการรักษา/ฟื้นฟู ทางธาราบำบัด | 60 | นาที | งาน กายภาพบำบัด | |



| | | | | | | |
|------------------------|---------|--|---|------|--------------------|---------|
| 9. | รับน้ำ | -รับน้ดการร้กษา/ พ้ันฟูทางธารา บ้าบดคร้้งถ้ดไป | 5 | นาท้ | งาน กายภาพบ้าบด | |
| 10. | ชำระเงน | -ชำระเงนค้าบริการ หล้งทำการร้กษา/ พ้ันฟูทางธารา บ้าบด | 5 | นาท้ | ห้องการเงน | |
| ระยะเวลาด้าเนนการรวม : | | | | | | 85 นาท้ |



ขั้นตอนการให้บริการงานกิจกรรมบำบัด



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

ในเวลา วันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.30 - 16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.
ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568 ต่อ 6103-6104

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ใบส่งตัวจากรพ.ต้นสังกัด กรณีใช้สิทธิสปสช. (ถ้ามี)
3. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ผลการตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)



หลักเกณฑ์วิธีการเงื่อนไขในการขอรับบริการ

ผู้ป่วยนอก เวลาการให้บริการ 8.30-12.00 น. โดยยื่นบัตรเพื่อเข้ารับบริการได้ตั้งแต่เวลา 8.30-10.30

ผู้ป่วยใน เวลาการให้บริการ 13.00-15.30 น. กรณีเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีผู้ดูแลและต้องได้รับการฝึกการดูแลที่ถูกต้อง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีผู้ดูแลที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านกิจวัตรประจำวันได้ตลอดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล
กรณีมีอาการผิดปกติให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที ฯลฯ

ข้อห้ามในการรับบริการกิจกรรมบำบัด

1. ความดันโลหิตผิดปกติ (มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 mmHg)
2. โรคติดต่อในระยะที่มีการแพร่เชื้อ
3. มีไข้สูง หรือโรคติดเชื้อเฉียบพลัน
4. บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ร้าวที่ยังไม่ติดดี
5. กระดูกพรุนรุนแรง

ข้อควรระวังในการรับบริการกิจกรรมบำบัด

1. ความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตต่ำ
2. กรณีโรคหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดโป่ง หลอดเลือดดำอักเสบ หลอดเลือดแข็งตัว เป็นต้น
3. มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด หรืออยู่ระหว่างการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
4. บริเวณที่มีการผ่าตัด ใส่เหล็ก หรือข้อเทียม



ขั้นตอนการเข้ารับบริการ

1. นักกิจกรรมบำบัดอธิบายขั้นตอนในการรักษาทางกิจกรรมบำบัด แจ้งระยะเวลาในการให้การรักษา โดยประมาณ 45 นาที ประมาณการค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษาทางกิจกรรมบำบัดให้กับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทราบก่อนการรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติลงชื่อในใบยินยอมต่อการรักษาทางกิจกรรมบำบัด
3. นักกิจกรรมบำบัดตรวจประเมินร่างกายเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล
4. ให้การรักษาทางกิจกรรมบำบัดและทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัดต่อไป

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ(เบิกได้ตามสิทธิ)

| รายการ | อัตราค่าบริการ |
|--|----------------|
| Cognitive Training | 160 บาท/ครั้ง |
| Comprehensive Developmental Stimulation/Training | 400 บาท/ครั้ง |
| Eating Therapy for Late Children and Adults | 180 บาท/ครั้ง |
| Manipulative Task Skills Training | 210 บาท/ครั้ง |
| Muscle Re- education | 160 บาท/ครั้ง |
| Perceptual Training | 160 บาท/ครั้ง |
| Pre-speech Training | 150 บาท/ครั้ง |
| Prevocational Training | 300 บาท/ครั้ง |
| Sensorimotor components training | 300 บาท/ครั้ง |
| Sensory Integrative Training | 260 บาท/ครั้ง |

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาการให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|----------|----------------------------|--|----------------------|-----------|------------------------------|----------|
| 1.. | จับบัตรคิว ตรวจสอบสิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วน การเข้ารับบริการ -ประเมินภาวะ แพร่กระจายเชื้อ ทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 2. | การตรวจสอบ สิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนใน การตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบส่งตัวให้ยื่น ด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน | |



| | | | | | | |
|----|--|---|----|------|-----------------|--|
| 3. | การประเมินคัดกรองสัญญาณชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 4. | ซักประวัติคัดกรอง | -ซักประวัติอาการเจ็บป่วย | 20 | นาที | งานผู้ป่วยนอก | |
| 5. | การตรวจประเมิน (เฉพาะผู้รับบริการรายใหม่) | -เฉพาะผู้รับบริการรายใหม่ ก่อนรับบริการต้องได้รับการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบันก่อน พร้อมทั้งเซ็นใบยินยอมการรักษา | 15 | นาที | แพทย์ | |
| 6. | การอธิบายขั้นตอนในการรักษา/ความเสี่ยงจากการรักษาทางกิจกรรมบำบัด และลงชื่อยินยอมต่อการรักษาทางกิจกรรมบำบัด (ในกรณีผู้ป่วยรายใหม่) | -นักกิจกรรมบำบัด อธิบายขั้นตอนในการรักษาทางกิจกรรมบำบัด ระยะเวลาในการให้การ รักษา ประมาณการ ค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษาทางกิจกรรมบำบัดให้กับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ -ผู้ป่วยและญาติลงชื่อในใบยินยอมต่อการรักษาทางกิจกรรมบำบัด | 10 | นาที | งานกิจกรรมบำบัด | |



| | | | | | | |
|-------------------------------|---|--|----|------|---------------------|---------|
| 7. | ตรวจประเมิน/ วินิจฉัยทาง กิจกรรมบำบัด | -ตรวจร่างกาย วิเคราะห์ สาเหตุของโรคและวางแผน การรักษาทาง กิจกรรมบำบัด | 20 | นาที | งาน กิจกรรมบำบัด | |
| 8. | รับการรักษา | -รับการรักษาทาง กิจกรรมบำบัด | 40 | นาที | งาน กิจกรรมบำบัด | |
| 9. | ประเมินผลหลัง การรักษาทันที | -ประเมินผลหลังการ รักษาทันที เพื่อลด อาการไม่พึงประสงค์ที่ อาจเกิดภายหลังจาก การรักษาได้ | 5 | นาที | งาน กิจกรรมบำบัด | |
| 10. | รับนัด | -รับนัดการรักษาครั้ง ถัดไป | 5 | นาที | งาน กิจกรรมบำบัด | |
| 11. | ชำระเงิน | -ชำระเงินค่าบริการหลัง ทำการรักษา | 5 | นาที | ห้องการเงิน | |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | | 127นาที |



ขั้นตอนการให้บริการงานจิตวิทยาคลินิก



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 - 16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

หมายเหตุ* พบจิตแพทย์ทุกวันศุกร์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเวลา 8.30-12.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)



หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเข้ารับการรักษาจิตวิทยาคลินิก

- 1) ผู้ป่วยไม่มีอารมณ์หรือพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง
- 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำจะต้องมีญาติมาด้วยเพื่อทำการประเมินหรือซักถามข้อมูลการเจ็บป่วยได้
- 3) ผู้ป่วยสามารถร่วมมือในการประเมินทดสอบและทำจิตบำบัดทุกกรณี

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (เบิกได้ตามสิทธิ)

| | | |
|------------------------------------|-----|-----|
| 1. ค่าบริการ | 50 | บาท |
| 2. ค่าบริการตรวจทางจิตวิทยาทั้งหมด | 200 | บาท |
| 3. ค่าทดสอบเชาวน์ปัญญา | 200 | บาท |
| 4. ค่าทดสอบบุคลิกภาพ | 300 | บาท |
| 5. ค่าทดสอบพยาธิสภาพทางสมอง | 200 | บาท |
| 6. ค่าจิตบำบัด | 300 | บาท |
| 7. ค่าพฤติกรรมบำบัด | 300 | บาท |

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|--------------|--|--|------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบ สิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วนการ เข้ารับบริการ -ประเมินภาวะแพร่กระจาย เชื้อทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การ ตรวจสอบ สิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบส่ง ตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | การประเมิน คัดกรอง สัญญาณชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 4. | ซักประวัติคัด กรอง | -ซักประวัติอาการเจ็บป่วย | 20 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 5. | การตรวจ ประเมิน (เฉพาะผู้รับ รายใหม่และ ครบการ ประเมิน ผลการรักษา) | -เฉพาะผู้รับบริการรายใหม่ ก่อนรับบริการต้องได้รับการ ตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบัน ก่อน พร้อมทั้งเซ็นใบยินยอม การรักษา | 20 | นาที | จิตแพทย์/ แพทย์ทั่วไป |



| | | | | | |
|------------------------------|--|---|-------|------|----------------------------------|
| 6. | ซักประวัติ และทำแบบ ประเมินทาง จิตวิทยา คลินิก | -ประเมินทางจิตวิทยาคลินิก และ สรุปลผลการประเมิน รายงานแพทย์ - แนะนำแนวทางการ บำบัดรักษา | 45 | นาที | นักจิตวิทยา คลินิก |
| 7. | ***ให้การ บำบัดรักษา ด้วย กระบวนการ ทางจิตวิทยา | - ให้การปรึกษา - พฤติกรรมบำบัด - จิตบำบัด - ครอบครัวบำบัด | ***90 | นาที | นักจิตวิทยา คลินิก |
| 8. | ทำนัด(พบ แพทย์เฉพาะ ทาง/ทำจิต บำบัด/ทำ แบบทดสอบ) | -ตกลงการนัดการรักษาครั้ง ถัดไปกับผู้ป่วยและญาติ | 10 | นาที | พยาบาล/ นักจิตวิทยา คลินิก |
| 9. | ชำระเงิน | -ชำระเงินค่าบริการก่อนทำ การรักษา | 5 | นาที | ห้องการเงิน |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม: | | | | | 197 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการนวดกดจุด



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 – 16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343568

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ผลการตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษอื่นๆ(ถ้ามี)



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (เบิกได้ตามสิทธิ)

(สิทธิ์เบิกจ่ายตรงสามารถเบิกค่านวดกวดจุดได้ 200 บาท หากมีส่วนเกินต้องชำระตัวเอง)

อัตราค่าบริการ/ชาวไทย

ค่าบริการนวดกวดจุด 250 บาท

อัตราค่าบริการ/ชาวต่างชาติ

ค่าบริการนวดกวดจุด 375 บาท

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเดบิต

บัตรเครดิต(*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|-------------------------------|--|--|------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | จับบัตรคิว ตรวจสอบ สิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วนการ เข้ารับบริการ -ประเมินภาวะแพร่กระจาย เชื้อทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การ ตรวจสอบ สิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบส่ง ตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | การ ประเมิน คัดกรอง สัญญาณชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งาน ผู้ป่วยนอก |
| 4. | ซักประวัติ คัดกรอง | -ซักประวัติอาการเจ็บป่วย | 20 | นาที | งาน ผู้ป่วยนอก |
| 5. | พบแพทย์ ประเมิน อาการและ ตรวจ ร่างกาย (ในกรณี ผู้รับบริการ รายใหม่ หรือ ผู้รับบริการ ครบประเมิน การรักษา) | ประเมินการตรวจร่างกาย ส่งขนาดกดจุด | 20 | นาที | แพทย์ |
| 6. | นัดติดตาม และ ประเมินผล | -รับใบนัดติดตามประเมินผล | 5 | นาที | งาน ผู้ป่วยนอก |
| 7. | ชำระเงิน | | 5 | นาที | ห้องการเงิน |
| 8. | รับบริการ นัด | | 1 | ชั่วโมง | ห้องนัด |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 117 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการงานโภชนาการสำหรับผู้ป่วยใน



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันอาทิตย์ เวลา 8.30-16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

เวลาให้บริการอาหารสำหรับผู้ป่วยใน :

| | |
|-------------|--------------------------------|
| มื้อเช้า | 07.30 – 08.30 น. |
| มื้อกลางวัน | 11.30 – 12.30 น. |
| มื้อว่าง | 14.00 น. (ที่อาคารเรือนรับรอง) |
| มื้อเย็น | 16.30 – 17.30 น. |

*** อาหารมื้อหลักให้บริการที่ห้องอาหาร

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343565-7 ต่อ 8101



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ

1. ค่าอาหารผู้ป่วยในรวมกับค่าห้องพัก (ตามสิทธิการรักษา)

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม : งานการเงิน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | พยาบาลแจ้งใบ คำสั่งอาหาร | -แม่ครัวรับใบคำสั่ง อาหาร -นักโภชนาการเขียน บัตรอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยแต่ละ คน | 5 | นาที | งานผู้ป่วยใน งาน โภชนาการ |
| 2. | ปรุงอาหาร | -แม่ครัวเตรียมและ ปรุงอาหารเฉพาะ โรคตามเมนูอาหาร และปริมาณที่ กำหนด | 60 | นาที | งาน โภชนาการ |
| 3. | บริการอาหาร | -แม่ครัวจัดอาหาร ตั้งโต๊ะสำหรับผู้ป่วย แต่ละคน | 15 | นาที | งาน โภชนาการ |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 80 นาที |



ขั้นตอนการให้บริการงานโภชนาการสำหรับผู้รับบริการทั่วไป



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

(เวลาให้บริการสั่งอาหาร 9.00-14.00 น.)

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343565-7 ต่อ 8101

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ

1. ค่าอาหารตามรายการอาหารตามสั่ง

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม : ผู้รับบริการใช้เงินสดแลกคูปองที่งานการเงิน

และนำมาให้ที่งานโภชนาการ



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|-------------------------------|-----------------------|--|--------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | แลก คูปอง อาหาร | -ผู้รับบริการแลกคูปองและ สามารถดูรายการอาหารที่ งานการเงิน | 2 | นาที | งานการเงิน |
| 2. | สั่งอาหาร | -ผู้รับบริการสั่งรายการ อาหารตามสั่งกับแม่ครัว | 3 | นาที | งาน โภชนาการ |
| 3. | ปรุง อาหาร | -แม่ครัวเตรียมและปรุง อาหารตามรายการอาหาร ที่สั่ง | 20 | นาที | งาน โภชนาการ |
| 4. | รับอาหาร | -ผู้รับบริการรับอาหาร และ จ่ายคูปองอาหารให้กับแม่ ครัว | 2 | นาที | งาน โภชนาการ |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 27นาที |



ขั้นตอนการให้บริการแผนกผู้ป่วยในการรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (intermediate care ward)



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

เปิดบริการทุกวัน 24 ชั่วโมง

(หมายเหตุ การประเมินเพื่อเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน เปิดในเวลาราชการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 8.30 - 16.30 น.)

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343565-7 ต่อ 2119

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ข้อมูลประวัติการรักษาที่ผ่านมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติยาเดิม ผลการตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษอื่นๆ(ถ้ามี)
3. ใบส่งตัวจากรพ.อื่น (ถ้ามี)



ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด วางบิล

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต (*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (เบิกได้ตามสิทธิ)

| รายการ/สิทธิผู้ป่วย | กรมบัญชีกลาง | สปสช. | ชำระเงิน |
|---------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ค่าห้องและ ค่าอาหาร | 1,000 บาท (เบิกได้) | 400 บาท (เพียงสามัญ) | 1,000 บาท (เบิกไม่ได้) |
| ค่าบริการทางการ พยาบาล | 300 บาท (เบิกได้) | 300 บาท (เบิกได้) | 300 บาท (เบิกไม่ได้) |
| ค่ากายภาพบำบัด | ตามหัตถการ (เบิกได้) | ตามหัตถการ (เบิกได้) | ตามหัตถการ (เบิกไม่ได้) |
| ค่าฝังเข็ม | 150-200 บาท / ครั้ง (เบิกได้) | 150-200 บาท / ครั้ง (เบิกไม่ได้) | 150-200 บาท / ครั้ง (เบิกไม่ได้) |
| ค่านวดบำบัด | 200 บาท / ครั้ง(เบิกได้ ไม่เกิน3ครั้งต่อสัปดาห์) | 200 บาท / ครั้ง (เบิกไม่ได้) | 200 บาท / ครั้ง (เบิกไม่ได้) |
| ค่าธาราบำบัด | 600 บาท / ครั้ง (เบิกได้) | 600 บาท / ครั้ง (เบิกไม่ได้) | 600 บาท / ครั้ง (เบิกไม่ได้) |
| ค่าเวชภัณฑ์ยา | ตามอาการ(ยาในบัญชียา หลักเบิกได้) | ตามอาการ(ยาในบัญชี ยาหลักเบิกได้) | ตามอาการ (เบิกไม่ได้) |



หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

1. ไม่มีภาวะทางอายุรกรรมที่ต้องการการพยาบาลต่อเนื่อง เช่น การดูดเสมหะ ภาวะเพื่อสับสน ที่จำเป็นต้องวัดสัญญาณชีพ หรือ ประเมินอาการแสดงทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด
2. ทำตามคำสั่งที่เป็นคำพูดต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 ขั้นตอน ยกเว้น admit เพื่อฝึกผู้ดูแล หรือผู้ป่วย aphasia (การสูญเสียความสามารถในการใช้หรือเข้าใจคำพูด เนื่องจากการบาดเจ็บทางสมอง)
3. สามารถนั่งหรือทรงตัวได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
4. มีความสามารถในการเรียนรู้และจดจำได้ 24 ชั่วโมง
5. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
6. ไม่มีภาวะติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ (กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ปอดอักเสบ วัณโรค)
7. ไม่มีภาวะเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ (ตามดุลยพินิจของแพทย์)
8. ไม่มีแผลกดทับ ระดับความรุนแรง ≥ 3 และขนาด > 4 ซม.
9. ไม่มีโรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมได้ (ตามดุลยพินิจของแพทย์)
10. ไม่มีภาวะใช้ออกซิเจนตลอดเวลา
11. มีผู้ดูแลที่มีความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ 1 คนและผ่านเกณฑ์การประเมินผู้ดูแลตามแบบฟอร์ม
12. มีโอกาสเพิ่มระดับความสามารถหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ



ขั้นตอนและระยะเวลาจองคิวเข้ารับบริการผู้ป่วยใน

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่ รับผิดชอบ |
|---------------|--------------------------------------|---|------------------------------|---------------|--|
| 1. | จองคิวเข้ารับบริการ เป็นผู้ป่วยใน | -แพทย์เจ้าของไข้พิจารณา เห็นสมควรเข้ารับรักษาในรพ. ได้ตามเกณฑ์ของ รพ. -ญาติจองคิวเข้ารับบริการ เป็นผู้ป่วยใน -พยาบาลแจ้งรายละเอียด การเตรียมตัวก่อนรับ บริการเป็นผู้ป่วยใน -รพพยาบาลโทรแจ้งยืนยัน วันนัดประเมินการเข้ารับ บริการเป็นผู้ป่วยใน ล่วงหน้า 3-5 วัน | 10 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| วันที่นัดหมาย | | | | | |
| 1. | จับบัตรคิวตรวจสอบ สิทธิ | -จับบัตรคิว -ประเมินความเร่งด่วนการ เข้ารับบริการ -ประเมินภาวะแพร่กระจาย เชื้อทางเดินหายใจ | 2 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 2. | การตรวจสอบสิทธิ | -ยื่นบัตรคิวและบัตร ประจำตัวประชาชนในการ ตรวจสอบสิทธิ (กรณีมีใบส่ง ตัวให้ยื่นด้วย) | 2 | นาที | งานเวช ระเบียน |
| 3. | การประเมินคัด กรองสัญญาณชีพ | -วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง | 3 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |



| | | | | | |
|----------------------|-------------------|---|----|------|-------------------|
| 4. | ซักประวัติคัดกรอง | -ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินการหกล้ม คัดกรอง หากกลุ่มอาการผู้สูงอายุ เบื้องต้น กรณีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป | 20 | นาที | งานผู้ป่วย นอก |
| 5. | การตรวจประเมิน | -พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยวางแผนการรักษา หากพบ ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์จะนัด ซ้ำอีกครั้งหนึ่ง | 20 | นาที | แพทย์ |
| 6. | การเข้าพักรักษา | เข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน -เซ็นใบยินยอมเข้าพักรักษา รักษา -ประเมินสภาพผู้ป่วย ซัก ประวัติ ตรวจร่างกาย ทำแบบประเมินคัดกรอง และแจ้งมาตรการป้องกัน การแพร่ระบาด COVID-19 โดยใช้หลักปฏิบัติ New normal โดยพยาบาล | 90 | นาที | งานผู้ป่วย ใน |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม | | | | | 147 นาที |



ขั้นตอนการขอเข้าศึกษาดูงาน

QR CODE แสดงคลิปวีดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

และวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทรศัพท์ : 038-343573 โทรสาร : 038-343571



หลักเกณฑ์ในการพิจารณาขอเข้าศึกษาดูงาน

ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

คณะบุคคล หรือหน่วยงานราชการ และเอกชน ที่ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ประเด็นข้อมูลของโรงพยาบาล ได้แก่

1. การดูแลผู้สูงอายุระยะ Intermediate care
2. คลินิกผู้สูงอายุ
3. ธาราบำบัดเพื่อการฟื้นฟู
4. การดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

หนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าศึกษาดูงาน

ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (บางกรณีขึ้นอยู่กับความต้องการของหน่วยงานที่ขอศึกษา ดูงาน)

- | | |
|--|---------------------|
| 1. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม | ราคา 35 บาท/มื้อ/คน |
| 2. ค่าอาหารกลางวัน | |
| กรณีจัดเลี้ยงแบบจานเดียว | ราคา 80 บาท/คน |
| กรณีจัดเลี้ยงแบบบุฟเฟ่ (อาหาร 3 อย่าง) | ราคา 120 บาท/คน |

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะ เวลา การ ให้บริ การ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|--------------|---|--|--|---------------|---|
| 1. | ติดต่อเจ้าหน้าที่ ขอเข้าศึกษา งานล่วงหน้า อย่างน้อย 7 วัน ทำการ | - ติดต่อเจ้าหน้าที่ ขอเข้าศึกษา งานล่วงหน้าเพื่อตรวจสอบวัน เวลา และข้อมูลเบื้องต้น โดยโทรศัพท์ : 038-343573 หรือ 08 7141 8656 วัน เวลาราชการ | 5 | นาที | กลุ่มภารกิจ ด้านการ พัฒนาระบบ สุขภาพ |
| 2. | หน่วยงานที่ขอ ศึกษาดูงาน รอรับการยืนยัน วัน เวลา | - เจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์แจ้งยืนยัน วัน เวลาตามที่นัดหมาย | ภายใน 3 วัน ทำการ | วันทำการ | กลุ่มภารกิจ ด้านการ พัฒนาระบบ สุขภาพ |
| 3. | หน่วยงานที่ขอ ศึกษาดูงานส่ง หนังสือยืนยัน | - หน่วยงานที่ขอศึกษาดูงานส่ง หนังสือยืนยัน มีรายละเอียดดังนี้ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าศึกษา ดูงาน เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี | 10 (ตาม แต่ละ หน่วย งาน) | วันทำการ | กลุ่มภารกิจ ด้านการ พัฒนาระบบ สุขภาพ |



| | | | | | |
|----|--|--|-------------------------|----------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - ระบุวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน วัน เวลา - ระบุชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ ผู้ประสานงาน - ส่งหนังสือที่ Fax 038-343571 หรือ Email : budnakamol@hotmail.com สำหรับจัดส่งเอกสารฉบับจริง ส่งมาที่ ที่อยู่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี 444 หมู่ 11 ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี 20150) - หากไม่มีหนังสือขอความ อนุเคราะห์เข้าศึกษาดูงาน ไม่อนุญาตให้เข้าศึกษาดูงาน | | | |
| 4. | หน่วยงานที่ขอ ศึกษาดูงาน รอรับการยืนยัน หนังสือ | - เจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์แจ้งยืนยัน การได้รับหนังสือ | ภายใน 1 วัน ทำการ | วันทำการ | กลุ่มภารกิจ ด้านการ พัฒนาระบบ สุขภาพ |
| 5. | กรณี เปลี่ยนแปลง กำหนดการ | - หากได้รับยืนยันการอนุญาตให้ เข้าเยี่ยมชมดูงานแล้ว แต่ ต้องการเปลี่ยนแปลงกำหนดการ โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่ กลุ่มภารกิจ ด้านการพัฒนาระบบบริการ อย่างน้อย 3 วันก่อนถึงกำหนดการ เยี่ยมชมดูงานเดิมตามที่ได้ตกลงไว้ | อย่าง น้อย 3 | วันทำการ | กลุ่มภารกิจ ด้านการ พัฒนาระบบ สุขภาพ |



| | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|--|-------------|-----|-----------------------------------|
| 6. | ยืนยันการเดินทาง | - หน่วยงานที่ขอศึกษาดูงานจะต้องยืนยันการเดินทางเข้าศึกษาดูงานอย่างน้อย 3 วันก่อนถึงกำหนดเข้าเยี่ยม | อย่างน้อย 3 | วัน | กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ |
| 7. | เข้าศึกษาดูงานตามวัน-เวลาที่กำหนด | - เข้าศึกษาดูงานตามวัน-เวลาที่กำหนด | 3 | ชม. | กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 17 วัน 3 ชม. |



ขั้นตอนการให้บริการการชำระค่ารักษาพยาบาล



QR CODE แสดงคลิปวิดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.30 - 16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

วันเสาร์ถึงวันอาทิตย์ เวลา 07.30 - 12.00 น. (กรณีมีคนไข้นัดหมาย)

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343565 - 7 ต่อ 6101

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเข้ารับบริการงานการเงิน (ห้องชำระเงิน)

1. ต้องมีเอกสารค่าบริการจากแผนกที่รับบริการมายื่นเป็นหลักฐานในการชำระเงิน
2. ต้องมีบัตรประจำตัวประชาชนเท่านั้น สำหรับสิทธิเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง
ถ้าไม่มีบัตรฯ ผู้รับบริการจะต้องสำรองจ่ายเองก่อน นำใบเสร็จรับเงินไปเบิก
ต้นสังกัดของผู้รับบริการเอง
3. กรณีรับยาผู้รับบริการต้องชำระเงินก่อนรับยาทุกครั้งทุกกรณี (ยกเว้นกรณี
ฉุกเฉินตามแพทย์สั่ง)



เอกสารหลักฐานประกอบการชำระเงิน

1. เอกสารค่าบริการจากแผนกที่รับบริการ
2. บัตรประจำตัวประชาชน (เท่านั้น) **กรณีสิทธิเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง
3. เอกสารรับรองเพื่อประกอบการเบิกจ่าย **กรณีผู้รับบริการรับยาและจำเป็น
ต้องใช้อานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ช่องทางการชำระเงิน/ค่าธรรมเนียม

1. เงินสด
2. บัตรเดบิตทุกธนาคารที่ออกในประเทศไทย
3. บัตรเอทีเอ็มกรุงเทพ / บัตรกรุงไทย “พร้อมจ่าย”
4. บัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่มีการเติมเงินไว้ใช้จ่ายในบัตร
5. สแกน QR Code ผ่าน Mobile App ของทุกธนาคาร
6. บัตรเครดิต (Visa /Master card) ทุกธนาคาร
(*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การให้ บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|--------------|--|--|------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | รับเอกสารค่าบริการ (ใบสั่งยา) | -รับเอกสารค่าบริการ -สอบถามชื่อ-นามสกุล และสิทธิการรักษาจาก ผู้รับบริการ ให้ถูกต้อง ตามระบบงาน hosxp *(กรณีสิทธิเบิกจ่ายตรง จากกรมบัญชีกลาง ผู้รับ บริการยื่นบัตรประจำตัว ประชาชน) | 1 | นาที | งานการเงิน |
| 2. | ตรวจสอบค่าบริการ พร้อมให้ผู้รับบริการ ลงชื่อในเอกสารฯ | -ตรวจสอบค่าบริการจาก ระบบงานhosxpระหว่าง เอกสารให้ถูกต้องตรงกัน -แจ้งจำนวนค่าบริการ | 1 | นาที | งานการเงิน |
| 3. | รับชำระค่าบริการ พร้อมพิมพ์ใบเสร็จ รับเงิน (และถอนเงิน กรณีรับชำระด้วย เงินสด) | 1. รับชำระด้วยเงินสด -ตรวจสอบจำนวนเงินที่ ได้รับ พร้อมพิมพ์ใบเสร็จ รับเงินและถอนเงิน(ถ้ามี) 2.รับชำระด้วยบัตรเดบิต -นำบัตรฯสอดเข้าเครื่อง EDC ระบุจำนวนเงิน -หากระบบอนุมัติเครื่อง จะพิมพ์สลิป (ให้ผู้ถือ บัตรลงชื่อรับรอง เจ้า หน้าเก็บสลิปส่วนนี้ไว้ เป็นหลักฐาน) -พิมพ์ใบเสร็จรับเงิน คืนบัตรฯ | 7 | นาที | งานการเงิน |



| | | | | | |
|------------------------|---|--|---|------|------------|
| | | <p>3. รับชำระด้วยบัตรเอทีเอ็มกรุงไทย / บัตรกรุงไทย “พร้อมจ่าย” *ปฏิบัติตามข้อ2.</p> <p>4. รับชำระด้วยบัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่มีการเติมเงินไว้ใช้จ่ายในบัตร *ปฏิบัติตามข้อ2.</p> <p>5. รับชำระด้วยบัตรเครดิต *ปฏิบัติตามข้อ2. (**ระบบจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียมอัตโนมัติ)</p> <p>6. รับชำระด้วยการสแกน QR Code ผ่าน Mobile App</p> <ul style="list-style-type: none"> -กดเลือกรายการ QR ที่เครื่อง EDC ระบุจำนวนเงิน -เครื่องจะให้พิมพ์ สลิป QR CODE ยื่นให้ผู้รับบริการสแกนชำระเงิน -เครื่อง EDC จะทำการตรวจสอบรายการชำระเงินจากระบบ Prompt Pay จากนั้นจะพิมพ์ Sale Slip เพื่อเป็นหลักฐานในการชำระเงิน -พิมพ์ใบเสร็จชำระเงิน | | | |
| 4 | กรณีรับยา *ชำระเงินก่อนรับยาทุกครั้ง | -รับบัตรคิวที่เจ้าหน้าที่การเงินหลังชำระเงินเรียบร้อยแล้ว | 1 | นาที | งานการเงิน |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 10 นาที |



ขั้นตอนการรับบริการการรับยาแผนกผู้ป่วยนอก



QR CODE แสดงคลิปวีดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 - 16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343565-7 ต่อ 6102

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ใบสั่งยา



ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (เบิกได้ตามสิทธิ)

ค่ายา ตามรายการยาที่ได้รับ

ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

เงินสด

บัตรเครดิต

บัตรเครดิต(*อัตราค่าธรรมเนียมเป็นไปตามที่ธนาคารกำหนด)

วางบิล



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับที่ | ขั้นตอน | รายละเอียด ของ ขั้นตอนการ บริการ | ระยะเวลา การให้บริการ | หน่วยเวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|------------------------|-------------------------|---|--------------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1. | พบแพทย์/รับ ใบสั่งยา | -ได้รับใบสั่งยา จากแพทย์ | 10 | นาที | แพทย์/งาน ผู้ป่วยนอก |
| 2. | ชำระเงิน | -นำใบสั่งยา มาชำระเงิน ตามรายการ | 2 | นาที | ห้องการเงิน |
| 3. | รับบัตรคิวรับ ยา | | 2 | นาที | ห้องการเงิน |
| 4. | รอเรียกคิว | -รอเรียกคิว หน้าห้องยา | 2 | นาที | ห้องยา |
| 5. | รับยา | -รับยาและ คำแนะนำใน การใช้ยา | 8 | นาที | ห้องยา |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 24 นาที |



ขั้นตอนการรับบริการการรับยาแผนกผู้ป่วยใน



QR CODE แสดงคลิปวีดีโอขั้นตอนการรับบริการ



วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 - 16.30 น. พักเที่ยง เวลา 12.00 - 13.00 น.

ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

ช่องทางการติดต่อ

โทร : 038-343565-7 ต่อ 6102



ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|-------------------------------|---|---|------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| 1. | นำยาเดิมมาที่ ห้องยา | -ผู้ป่วยหรือญาตินำยาเดิมมา ที่ห้องยา เพื่อให้ห้องยา บันทึก Medications reconcile | 5 | นาที | ห้องยา |
| 2. | ให้ข้อมูลการใช้ ยา/วิธีการจัด ยา ของผู้ป่วย แก่เจ้าหน้าที่ ห้องยา | -ผู้ป่วยหรือญาติให้ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่ห้องยา ได้แก่ ชื่อ/นามสกุล/ประวัติแพ้ยา/โรคประจำตัว/อาการป่วย/สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยา/ชื่อยา/ขนาด/วิธีการใช้ยา พร้อมนับจำนวนเม็ดยาแต่ละชนิดที่รับจากผู้ป่วยเพื่อให้เจ้าหน้าที่ลงบันทึกใน Medications reconcile | 15 | นาที | ห้องยา |
| 3. | รับฟัง คำแนะนำการใช้ยา | -ผู้ป่วยและญาติรับฟังความรู้ การใช้ยา การติดตามเฝ้า ระวังการใช้ยา แพ้ยา ยาที่มี ความเสี่ยงสูง การเฝ้าระวัง อาการข้างเคียง | 10 | นาที | ห้องยา |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 30 นาที |



| ลำดับ ที่ | ขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วย เวลา | ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ |
|-------------------------------|---|---|------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| กรณีจำหน่าย | | | | | |
| 1. | มารับยาเดิม ของผู้ป่วยที่ เก็บไว้ที่ห้องยา และ/หรือ ยา ใหม่ที่แพทย์สั่ง ยากลับบ้าน | -เจ้าหน้าที่ห้องยาตรวจสอบ ชื่อ/สกุล/พร้อมนับจำนวน เม็ดยาแต่ละชนิดที่เหลือ ส่งคืนผู้ป่วย | 15 | นาที | ห้องยา |
| 2. | รับฟัง คำแนะนำการ ใช้ยา | -ผู้ป่วยและญาติรับฟังความรู้ การใช้ยา การติดตามเฝ้า ระวังการใช้ยา แพ้ยา ยาที่มี ความเสี่ยงสูง การเฝ้าระวัง อาการข้างเคียง | 10 | นาที | ห้องยา |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม : | | | | | 25 นาที |

