



คู่มือการให้บริการ : การรับยาเดิมทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนัง(Tele medicine)
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานพยาบาลผู้ป่วยนอก
 ดันสังกัดที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง กรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการงาน	
1.ชื่อกระบวนการ:	คู่มือการรับยาเดิมทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนัง(Tele medicine)
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ:	ผู้ป่วยประมาณ 130 ราย/เดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : คู่มือการรับยาเดิมทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนัง(Tele medicine)	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1. ติดต่อด้วยตนเองที่จุดบริการรับยาเดิมแผนกผู้ป่วยนอก อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น 1 โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้จังหวัดตรัง	☐ วันจันทร์ ☐ วันอังคาร ☐ วันพุธ ☐ วันพฤหัสบดี ☐ วันศุกร์
2.สถานที่ตั้ง:จุดบริการรับยาเดิม (หมายเลข14) อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น 1	☐ วันเสาร์ ☐ วันอาทิตย์
3. รูปแบบการให้บริการ:ให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ ด้วยการโทรศัพท์แจ้งความประสงค์ ที่หมายเลข 075-201202 (งานเวชระเบียนผู้ป่วย)	☐ ไม่เว้นวันหยุดราชการ
4.นัดออนไลน์ผ่าน Line ID @ trangskin	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
5. เบอร์โทรศัพท์เพื่อสอบถามข้อมูล 075- 201209 งานพยาบาลผู้ป่วยนอก	☐ บริการตลอด 24 ชั่วโมง
6. เว็บไซต์www.trangskin.go.th	☐ 8.00-16.00 น. ☐ พักเที่ยง 12.00-13.00 น.
7. สถานที่ตั้ง โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง 184 ม. 4 ต. บ้านควน อ.เมือง จ. ตรัง 92000 อยู่ตรงข้ามกับโรงเรียนวิเชียรมาตุ	☐ 16.30-20.00 น.อื่น ๆ ☐
8. Application -	

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)
6.1 ให้บริการจ่ายยาเดิมโดยจัดส่งยาส่งทางไปรษณีย์แก่ผู้ป่วยรายเก่า
6.2 ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังด้วยระบบ VDO Call ในผู้ป่วยรายใหม่และจัดส่งยาทางไปรษณีย์
6.3 ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังด้วยระบบ VDO Call ในผู้ป่วยรายที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง และอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นมากกว่าเดิม

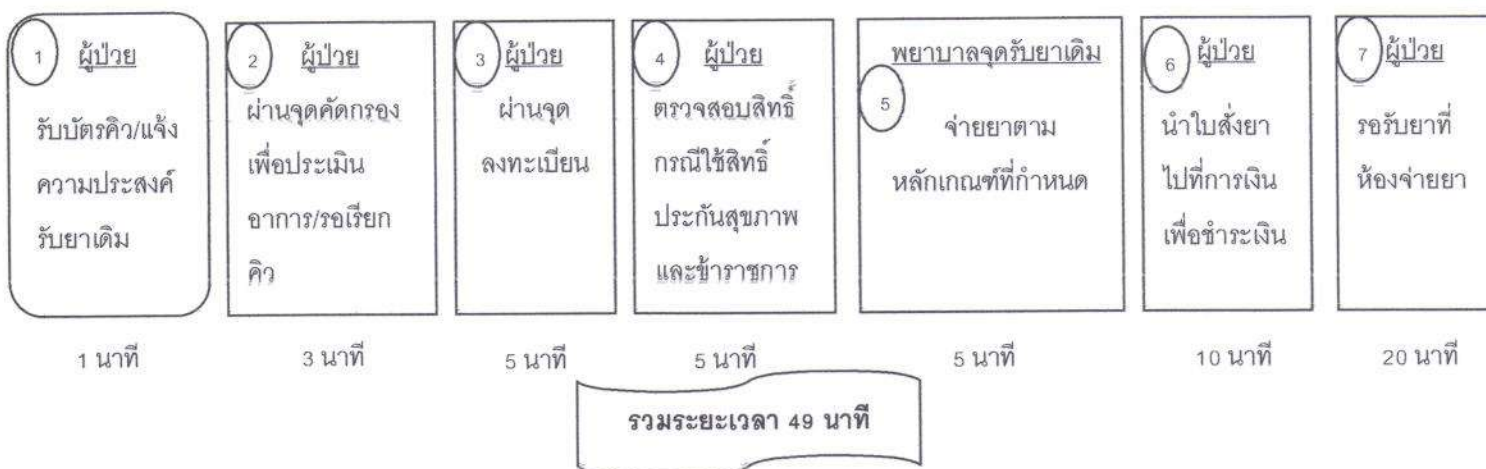
7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1	ผู้ป่วยโรคผิวหนังจึงความประสงค์ ที่หมายเลข 075-201202 (งานเวชระเบียนผู้ป่วย) เพื่อขอรับบริการรับยาทางไปรษณีย์	ผู้ป่วยโทรแจ้ง ความประสงค์ขอรับบริการรับยาทางไปรษณีย์ ที่งานเวชระเบียน โดยแจ้ง ชื่อ-สกุล , เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน , สิทธิการรักษา , ที่อยู่จัดส่ง	3	นาที	งานเวชระเบียน ผู้ป่วย	
2	จุดบริการรับยาเดิม	-สอบถามข้อมูลการรับยาเดิม อาการของโรค ประวัติโรคประจำตัว, ประวัติแพ้ยา -ขึ้นทะเบียนการรับยา, การชำระเงิน -ดำเนินการ Add Line ที่ Line ID : Tele skin หรือเบอร์ 093-6489003 -ผู้ป่วยส่งรูปถ่ายรอยโรค 4 รูป -ผู้ป่วยส่งสลิปการโอนเงิน -ออกใบสั่งยา - Add Line ผู้ป่วยร่วมกับเภสัชกรเพื่อให้ข้อมูลการใช้ยา	10	นาที	งานพยาบาลผู้ป่วยนอก	-กรณีผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาบัตรสุขภาพถ้วนหน้ามีหน่วยจ่ายตัวยาอยู่ที่หมดอายุให้ส่งเอกสารใบส่งตัวทางระบบ Line
3	การเงิน	-พยาบาลวิชาชีพส่งสลิปหลักฐานการโอนเงินแก่เจ้าหน้าที่การเงิน -การเงินตรวจสอบหลักฐานการโอนเงิน	2	นาที	งานการเงิน	
4	ห้องยา	-พยาบาลวิชาชีพ ออกใบสั่งยาเพื่อให้ "ห้องยา" ดำเนินการจัดยาเพื่อส่งทางไปรษณีย์ -เภสัชกรให้คำแนะนำอธิบายวิธีการใช้ยาทางระบบ Line แก่ผู้ป่วย -เจ้าหน้าที่ห้องยาดำเนินการจัดยาเพื่อส่งทางไปรษณีย์	5	นาที	งานเภสัชกรรม	
ระยะเวลาดำเนินการรวม :						20.00 นาที

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

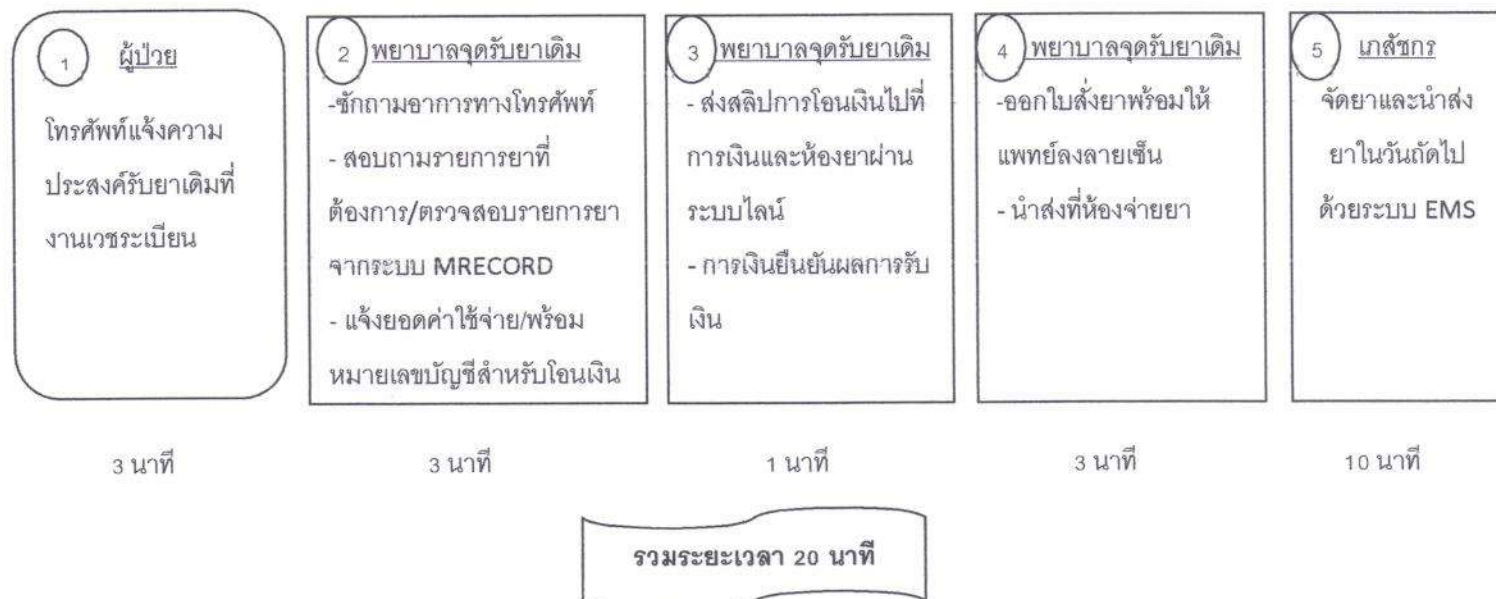
☒ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
(หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

กระบวนการรับยาทางไปรษณีย์

ระบบเก่า



ระบบใหม่



9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอคือ ชื่อ-นามสกุล ,เลขที่บัตรประชาชน และหนังสือส่งตัว(สำหรับ ผู้รับบริการที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐคือบัตรนัดส่งหน้า และบัตรนัดดูอาการต่อเนื่องของงานผู้ป่วยนอก

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	จำนวน เอกสารฉบับจริง	จำนวน เอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน 1. หนังสือส่งตัว(สำหรับผู้รับบริการที่ใช้บัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า)	งานเวชระเบียน	-	1	-	-ส่งเอกสารทางระบบ Line

9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม(ถ้ามี)

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

10. ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ

รายละเอียดค่าธรรมเนียม :

ค่าธรรมเนียม : ค่าบริการทางการแพทย์ 50 บาท/ครั้ง

ค่าดำเนินการและจัดส่งทางไปรษณีย์
-บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 40 บาท
-สิทธิการรักษาอื่นๆ 90 บาท
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิได้ไม่เกินครั้งละ 700 บาท /วัน
บัตรประกันสังคมใช้สิทธิได้ทั้งหมดตามที่แพทย์สั่งการรักษา
ข้าราชการเบิกได้ใช้สิทธิได้ทั้งหมดตามที่แพทย์สั่งการรักษา

หมายเหตุ เวชสำอางต่างๆ ต้องชำระเงินสด ใช้สิทธิเบิกไม่ได้ทุกกรณี

11.ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม

1.	ชำระเงินโดยโอนเงินมาที่บัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 903-1556-971
2.	ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า/บัตรประกันสังคม/ข้าราชการจ่ายตรง

12. ช่องทางการร้องเรียน

1.	web site www.trangskin.go.th
2.	ดูรับเรื่องร้องเรียน

3.	ร้องเรียนด้วยวาจา
4.	โดยตรงกับผู้บริหาร ชั้น 2 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้จังหวัด ตรัง
13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	แบบบันทึกการให้บริการจ่ายยาเดิมทางไปรษณีย์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ
ขอรับเอกสาร :	งานเวชระเบียน
14. หมายเหตุ	
หยุดให้บริการเสาร์ อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันหยุดตามคำสั่งรัฐบาล	