



คู่มือการให้บริการ : การให้บริการผู้ป่วยนัดที่กินยา HAD คลินิกสะกิดเงิน
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกสะกิดเงิน
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง กรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1.ชื่อกระบวนการ:	การให้บริการผู้ป่วยนัดที่กินยา HAD คลินิกสะกิดเงิน
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ:	ผู้ป่วยประมาณ 240 คน/เดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ :การให้บริการผู้ป่วยนัดที่กินยา HAD คลินิกสะกิดเงิน	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง : 1. ติดต่อด้วยตนเองที่โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ชั้น 1 งานพยาบาลผู้ป่วยนอก 2.ที่อยู่โรงพยาบาล เลขที่ 184 ม. 4 ต. บ้านควน อ. เมือง จ. ตรัง 92000 3. รับให้คำปรึกษา ผู้รับบริการที่ต้องการรับคำปรึกษาทางด้านโรคสะกิดเงิน 4. ผ่านเว็บไซต์ www.trangskin.org 5. เบอร์โทรศัพท์เพื่อรับคำปรึกษา ติดต่อ งานพยาบาลผู้ป่วยนอก 075-201209 6. อีเมลล์ ไม่มี 7. สถานที่ตั้ง โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง 184 ม. 4 ต. บ้านควน อ. เมือง จ. ตรัง 92000 อยู่ตรงข้ามกับโรงเรียนวิเชียรมาตุ 8. Application ไม่มี	5.2 วันที่เปิดให้บริการ : ☐ วันจันทร์ ☒ วันอังคาร ☒ วันพุธ ☐ วันพฤหัสบดี ☐ วันศุกร์ ☐ วันเสาร์ ☐ วันอาทิตย์ ☐ ไม่เว้นวันหยุดราชการ
	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ : ☐ บริการตลอด 24 ชั่วโมง ☒ 08.30-16.00 น. ☒ พักเที่ยง 12.00-13.00 น. ☐ 16.30-20.00 น.อื่น ☐
หมายเหตุ :	

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)
ไม่มี

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	ยื่นบัตรนัดและตรวจสอบสิทธิ	เวชระเบียน	ระยะเวลารอคอย15	นาที	งานเวชระเบียน	
2.	ยื่นแฟ้มซักประวัติคลินิกสะกดเงิน	ซักประวัติ	ระยะเวลารอคอย10	นาที	งานคลินิกสะกดเงิน	
ระยะเวลาดำเนินการรวม :						25 นาที

*ไม่รวมระยะเวลาที่ให้บริการ เช่น เวลารวมในการซักประวัติ ประเมินสภาพ ถ่ายภาพ และเวลาขณะฉายแสง

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
☐ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอคือ สำเนาบัตรประชาชน และหนังสือส่งตัว(สำหรับผู้รับบริการที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า)						
9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐคือบัตรนัดที่ผ่านการตรวจสอบสิทธิแล้วและมีประทับตราสัญลักษณ์ว่าตรวจสอบสิทธิแล้ว						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน 1. บัตรประจำตัวประชาชน สำหรับผู้ใช้สิทธิบัตรทอง ผู้ใช้สิทธิอื่นไม่ใช่เอกสาร	งานเวชระเบียน	1	1	ใบ	
2	ใบนัด	งานเวชระเบียน และคลินิกสะกดเงิน	1	ไม่ต้อง	ใบ	
9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม(ถ้ามี)						
ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
	ไม่มี					

10. ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ	
รายละเอียดค่าธรรมเนียม :	
ค่าธรรมเนียม :	ค่าบริการทางการแพทย์ 50 บาท/ครั้ง
หมายเหตุ :	บัตรประกันสุขภาพไม่เกิน 700 บาท /ครั้ง/วัน ,ข้าราชการสามารถใช้สิทธิจ่ายตรงได้

11. ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม	
1.	สิทธิชำระเงิน ใช้เงินสด บัตรเครดิต บัตรเดบิต
2.	สิทธิ บัตรประกันสุขภาพ ใช้สิทธิได้ไม่เกิน 700 บาท/ครั้ง
3.	สิทธิข้าราชการ ได้ตามระเบียบ

12. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	เว็บไซต์ของโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง www.Trangskin.org
2.	ได้รับเรื่องร้องเรียน ที่ติดตั้งไว้บริเวณต่างๆ ได้แก่ บริเวณหน้าห้องจ่ายยา หน้าห้องประชุม 2 ชั้น 2
3.	ทางไปรษณีย์ ที่อยู่โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ที่อยู่ : 184 หมู่ 4 ต.บ้านควน อ.เมือง จ.ตรัง 92000
4.	โทรศัพท์: 075- 201209 โทรสาร 075201221
5.	เข้าพบผู้บริหาร ชั้น 2 อาคารเฉลิมพระเกียรติ

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

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