



คู่มือการให้บริการ : การให้บริการฉายแสง งานพยาบาลรังสีชีววิทยา
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานพยาบาลรังสีชีววิทยา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

ส่วนของการสร้างกระบวนการงาน	
1. ชื่อกระบวนการ:	การให้บริการฉายแสงอัลตราไวโอเลตเอและบี
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	งานพยาบาลรังสีชีววิทยา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ:	80-120 คน/เดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ: งานพยาบาลรังสีชีววิทยา กระบวนการให้บริการฉายแสงอัลตราไวโอเลตเอและบี	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง : ติดต่อรับบริการด้วยตนเอง ณ หน่วยงานรังสีชีววิทยา โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง เลขที่อยู่ 184 หมู่ 4 ต. บ้านควน อ. เมือง จ. ตรัง 92000 หรือติดต่อผ่าน ระบบนัด เบอร์ติดต่อ 075 201201 ต่อ 31225, 31272/	5.2 วันที่เปิดให้บริการ : ☒ วันจันทร์ ☒ วันอังคาร ☒ วันพุธ ☒ วันพฤหัสบดี ☒ วันศุกร์ ☐ วันเสาร์ ☐ วันอาทิตย์ ☐ ไม่เว้นวันหยุดราชการ
	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ : ☐ บริการตลอด 24 ชั่วโมง ☒ ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ☐ พักเที่ยง ๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น. ☐ ๑๖.๓๐-๒๐.๐๐ น.
หมายเหตุ :ระบบนัดเฉพาะผู้ป่วยเก่า ในกรณีเป็นผู้ป่วยใหม่ ต้องผ่านการพบแพทย์ที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอกก่อนแล้วจึงเข้าระบบนัด	

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต (ถ้ามี)
ไม่มี



7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	1.ยื่นบัตรนัดและตรวจสอบสิทธิ	1.ผู้ป่วยยื่นบัตรนัดและตรวจสอบสิทธิ	5 นาที	นาที	งานเวชระเบียน	
2.	2.ซักประวัติประเมินสภาพ	2.ผู้ป่วยรับการซักประวัติและประเมินสภาพก่อนส่งเข้าฉายแสงหรือส่งพบแพทย์	10 นาที	นาที	งานพยาบาลรังสีชีววิทยา	
3.	3.ผู้ป่วยที่มีปัญหาส่งพบแพทย์	3.ผู้ป่วยรอพบแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ	45 นาที	นาที	งานพยาบาลรังสีชีววิทยา	
4.	4.ฉายแสง	4.ผู้ป่วยฉายแสง	15 นาที	นาที	งานพยาบาลรังสีชีววิทยา	
ระยะเวลาดำเนินการรวม : 1 ชั่วโมง 15 นาที (เวลาที่ให้บริการนี้เป็นกรณีฉายแสงและพบแพทย์เนื่องจากต้องเข้าคิวรอตรวจ แต่ในกรณีที่ฉายแสงอย่างเดียวเวลาจะรวดเร็วขึ้น)						

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
☒ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ : ไม่มี						
9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	-					
2	-					
3	-					
9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						
ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
	-					
	-					

10. ค่าธรรมเนียม ไม่มี	
รายละเอียดค่าธรรมเนียม :	
ค่าธรรมเนียม :	ไม่มี
หมายเหตุ :	ไม่มี

11. ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม	
1.	ไม่มี



กรมการแพทย์

2.	ไม่มี
----	-------

12. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	เขียนใบร้องเรียนใส่ตู้รับข้อร้องเรียน แสดงความคิดเห็น ที่มีในหน่วยงาน
2.	

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

14. หมายเหตุ