

แบบบันทึกข้อร้องเรียน กรมสุขภาพจิต ประจำเดือน...กุมภาพันธ์ 2568

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนดิรินทร์.....ผู้รับผิดชอบ.....นางวิลาวัลย์...กล้าเพ็ชร.....โทรศัพท์.....088-8095321

ลำดับ ที่	วัน/ เดือน/ปี ที่รับเรื่อง	เลขที่ หนังสือ/ ลงวันที่	ช่อง ทางการ ร้องเรียน	ชื่อผู้ ร้องเรียน	รายละเอียดข้อร้องเรียน	ประเด็น ข้อ ร้องเรียน	ระดับความ รุนแรง					วิธีแก้ไข/ การดำเนินการ	การตอบสนอง ภายใน ระยะเวลาที่ กำหนด		สถานะ ข้อร้องเรียน		
							1	2	3	4	5		ทำ ได้	ทำ ไม่ได้	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	ยุติเรื่อง แล้ว	
1	14 ก.พ. 68	SEC000780	จดหมาย	ปกปิด	ผู้ร้องมีพี่เป็นผู้ป่วยจิตเวช รักษาที่โรงพยาบาลโดยใช้บัตรผู้พิการ ซึ่งผู้ร้องและน้องอีก 1 คนจะสลับกันพาไป ต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี แล้ว คุณหมอจ่ายยา 6 ชนิดบอกว่าให้ยาประสิทธิภาพสูงแล้ว แต่จะไม่หายขาดแค่ปรับระดับประคอง เพราะมีอาการรุนแรงและสูงอายุ โดยปกติคุณหมอ จะจ่ายยารั้งละ1เดือนและนัดทุกเดือน ที่จริงอยากได้ 2 เดือนจะได้ไม่ต้องไปบ่อย แต่คุณหมอบอกไม่ได้ แต่เมื่อเร็วๆนี้ คุณหมอจ่ายยาแค่ 15 วัน ถ้ามห้องจ่ายยาบอกโรงพยาบาล ได้งบชื้อยาน้อยลง ถ้านัดถ้อย่างนี้คนพาไปเดือดร้อน เพราะต้องลา งานทุกครั้ง และคนที่พาไปได้ก็มีจำกัด ปีหนึ่งแต่ละคนต้องลางาน หลายครั้ง และพาไปแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่าย เช่น ค่าน้ำมันรถ หรือบางที่ต้องจ้างรถพาไปเนื่องจากบ้านอยู่ไกลโรงพยาบาลมาก อยากให้โรงพยาบาลจ่ายยาเดือนละครั้งแบบเดิมตลอดไป หรือ 2 เดือนยิ่งดี และให้รับยาทางไปรษณีย์ได้บ้างถ้าครั้งไหนไม่มีเจาจะเลือด ไม่เอาแบบแค่ 15 วันบ้าง 1 เดือนบ้าง สลับไปสลับมาจะได้ลดภาระ คนพาไป	1.3	✓						รับทราบ เป็นข้อมูลในการ ให้บริการ	✓			✓

หมายเหตุ 1. ส่งรายงานภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

2. ประเด็นข้อร้องเรียน ใส่เฉพาะหมายเลขข้อประเด็น เช่น ประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ด้านความรวดเร็ว/ตรงเวลา ให้ใส่ 1.1 (เอกสารแนบ 1)

3. ระดับความรุนแรง ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียน (เอกสารแนบ 2)

4. การตอบสนองภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ ทำได้ หรือทำไม่ได้ โดยต้องสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงและความรวดเร็วในการตอบสนองข้อร้องเรียน

5. สถานะข้อร้องเรียน ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง อยู่ระหว่างดำเนินการ หรือ ยุติเรื่องแล้ว

6. ส่งรายงานทาง e-mail : pr.sec@dmh.mail.go.th หรือสามารถเพิ่มเรื่องร้องเรียนผ่านระบบบริหารจัดการข้อคิดเห็นข้อร้องเรียน (E-complain)

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ นายชมภัก ไตรวงศ์ โทรศัพท์ 0 2590 8223



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

แบบฟอร์มที่ 3

แบบบันทึกคำชมเชย กรมสุขภาพจิต ประจำเดือน มกราคม 2568

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลจิตเวชนครศรีธรรมราชนครศรีธรรมราช.....ผู้รับผิดชอบ.....นางวิลาวัลย์ กล้าเพชร.....โทรศัพท์.....088-8095321

ลำดับ ที่	วัน/เดือน/ ปีที่รับเรื่อง	ช่องทาง ที่รับคำ ชมเชย	ข้อมูล ผู้ชมเชย	รายละเอียดคำชมเชย	คำชมเชยด้าน						หมายเหตุ
					ความสะอาด/ รวดเร็ว	พฤติกรรม บริการ	สิ่งอำนวยความสะดวก	การ บำบัดรักษา	การให้ข้อมูล/ คำแนะนำ	อื่นๆ	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- หมายเหตุ 1. ส่งรายงานภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป
2. ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ว่าคำชมเชยที่ได้รับเป็นด้านใด
3. ส่งรายงานทาง e-mail : pr.sec@dmh.mail.go.th หรือสามารถเพิ่มเรื่องร้องเรียนผ่านระบบบริหารจัดการข้อคิดเห็นข้อร้องเรียน (E-complain)
หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ นายชมรัก ไตรวงศ์ โทรศัพท์ 0 2590 8223

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ กรมสุขภาพจิต ประจำเดือน มกราคม 2568

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์.....ผู้รับผิดชอบ.....นางวิลาวัลย์ กล้าเพชร.....โทรศัพท์.....088-8095321

ลำดับ ที่	วัน/เดือน/ ปีที่รับเรื่อง	ช่องทาง ที่รับ ข้อเสนอแนะ	ข้อมูล ผู้เสนอแนะ	รายละเอียดข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะด้าน						หมายเหตุ
					ความสะดวก/ รวดเร็ว	พฤติกรรมการ บริการ	สิ่งอำนวยความสะดวก	การ บำบัดรักษา	การให้ข้อมูล/ คำแนะนำ	อื่นๆ	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- หมายเหตุ 1. ส่งรายงานภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป
 2. ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ว่าข้อเสนอแนะที่ได้รับเป็นด้านใด
 3. ส่งรายงานทาง e-mail : pr.sec@dmh.mail.go.th หรือสามารถเพิ่มเรื่องร้องเรียนผ่านระบบบริหารจัดการข้อคิดเห็นข้อร้องเรียน (E-complain)
 หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ นายชมภัก โตวงศ์ โทรศัพท์ 0 2590 8223