A3

๑

แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการ โครงการตามนโยบายสำคัญ : ทีมหมอครอบครัว

เขตสุขภาพที่ .....จังหวัด.....อำเภอ.....ตำบล.....สถานบริการที่เก็บข้อมูล.....ว/ด/ป.....

ข้อชี้แจง กรณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สด

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

๑. เพศ ☐ ๑) ชาย ☐ ๒) หญิง

๒. อายุ ☐ ๑) ต่ำกว่า ๒๐ ปี ☐ ๒) ๒๑ - ๔๐ ปี ☐ ๔) ๔๑ – ๖๐ ปี ☐ ๖) ๖๐ ปีขึ้นไป

๓. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ๑) ประถมศึกษา ☐ ๒) มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า ☐ ๓) ปริญญาตรี ☐ ๔) สูงกว่าปริญญาตรี

๔. สถานภาพของผู้มารับบริการ

☐ ๑) รับจ้าง ☐ ๒) ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว ☐ ๓) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ๔) พนักงานเอกชน

☐ ๕) เกษตรกร ☐ ๖) แม่บ้าน/พ่อบ้าน ☐ ๗) อื่นๆ โปรดระบุ .....

๕. ท่านรู้จักหรือเคยได้ยินทีมหมอครอบครัวหรือไม่

☐ ๑) รู้จัก (หากระบุได้กรุณาวงกลมรวบข้อความ : โทรทัศน์/ วิทยุ /เสียงตามสาย /เจ้าหน้าที่/ อื่นๆ โปรดระบุ.....ฯลฯ)

☐ ๒) ไม่รู้จัก

๖. หากท่านหรือญาติหรือผู้ที่ท่านรู้จักเคยรับบริการ จากทีมหมอครอบครัว หรือไม่

☐ ๑) เคย และรับบริการด้าน..... (โปรดระบุ) ☐ ๒) ไม่เคย

๗. จากคำถามข้อ ๖ ก่อนรับบริการ เจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัวมีการนัดหมายกับท่านก่อนให้บริการหรือไม่

☐ ๑) มีการนัดหมาย เพื่อ.....(โปรดระบุ รับการเยี่ยม การรักษา การช่วยเหลือ ฯลฯ) ☐ ๒) ไม่มีการนัดหมาย ☐ ๓) อื่นๆถ้ามี .....

ตอนที่ ๒ ความพึงพอใจต่อการให้บริการทีมหมอครอบครัว

ประเด็น/ด้าน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๑. ด้านเวลา					
๑.๑ ท่านมีความพอใจกับการนัดหมายก่อนการให้บริการหรือก่อนการเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัว					
๑.๒ ความพอใจของท่านต่อระยะเวลาการให้บริการของทีมหมอครอบครัว					
๑.๓ ความพอใจของท่าน กรณีท่านไม่สะดวก ท่านสามารถเลื่อนเวลาหรือเลือกเวลานัดหมายได้					
๑.๔ หากมีการนัดหมายแล้ว ทีมหมอครอบครัว ลงพื้นที่ไปเยี่ยม เป็นไปตามระยะเวลาที่นัดไว้					
๑.๕ ความรวดเร็วในการให้บริการ					
๒. ด้านขั้นตอนการให้บริการ					
๒.๑ การติดป้ายประกาศหรือแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับ ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ/เยี่ยมบ้าน					
๒.๒ การจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการตามที่กำหนดไว้ เช่น การเยี่ยมตามกลุ่มที่มีการจัดลำดับ **ไว้**					
๒.๓ กระบวนการให้บริการของทีมหมอครอบครัว					
๓. ด้านบุคลากรที่ให้บริการ					
๓.๑ ความเหมาะสม/ความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการ					
๓.๒ ความรู้/สามารถในการให้บริการ เช่น ตอบคำถาม/ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพได้ ฯลฯ					
๓.๓ การให้บริการเท่าเทียมกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ					
๔. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
๔.๑ ความชัดเจนของป้าย/สัญลักษณ์ ประชาสัมพันธ์					
๔.๒ ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น อุปกรณ์ ยา ฯลฯ					
๕. การรับบริการเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในครอบครัวและคุ้มค่าในการมารับบริการ					
๖. ความพึงพอใจต่อการให้บริการใน<u>ภาพรวม</u>					

ตอนที่ ๓ ปัญหาอุปสรรค / ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ผู้สอบถามกล่าวขอบคุณในความร่วมมือที่ผู้ตอบได้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ทางราชการ

ลงชื่อผู้สอบถาม.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๕๘