



แบบฟอร์มรับคำร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวพิมพ์บรรจง แล้วใส่ในกล่องรับคำร้องเรียน

1. ข้อมูลผู้ร้องเรียน

ชื่อ-นามสกุล (ไม่บังคับ) _____ เบอร์โทรศัพท์ (สำหรับแจ้งผลกลับ) _____

ท่านเป็น : ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ญาติผู้ป่วย ผู้ดูแล อื่น ๆ โปรดระบุ

2. รายละเอียดคำร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ

วัน / เวลา ที่เกิดเหตุ _____ แผนก / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง _____

ประเด็นหลักที่ต้องการร้องเรียน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> การบริการ / มารยาท/ พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ | <input type="checkbox"/> การรักษาพยาบาล / ความปลอดภัย |
| <input type="checkbox"/> การรอนาน/ รอคอย / ขั้นตอนการให้บริการ | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่าย / การเงิน |
| <input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อม / ความสะอาด | <input type="checkbox"/> ความเป็นส่วนตัว / การรักษาความลับ/ ข้อมูลผู้ป่วย |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ | |

รายละเอียด (กรุณาเขียนให้ชัดเจน) :

3. ท่านต้องการให้โรงพยาบาลดำเนินการ

- ขอทราบสาเหตุ / คำอธิบาย ขอให้ปรับปรุงแก้ไข ขอให้ติดต่อกลับ แจ้งเพื่อทราบเท่านั้น

ลายมือชื่อผู้ร้องเรียน
วันที่ / /

คำร้องเรียนทุกฉบับ จะได้รับการนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงและดำเนินการแก้ไข พร้อมทั้งติดต่อกลับท่านตามช่องทางที่ระบุไว้

หมายเหตุ : ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการเท่านั้น