



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี



โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

คู่มือ

บริการประชาชน

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก



โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

อาคารผู้ป่วยนอก 80 ปี กรมการแพทย์

ปรับปรุงครั้งที่ 2 (25 ม.ค.2567)

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กรมการแพทย์ โทร 077-277-555
431 หมู่ที่ 5 ตำบล ขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100



คู่มือการให้บริการ : การบริการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทั่วไป กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล

ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ:	การบริการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคมะเร็ง
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ:	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทั่วไป กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กรมการแพทย์ ผู้รับผิดชอบ นางสาวจินตนา หนูอินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางจันทน์เจ้า บุญพูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางสายพิมพ์ พงษ์ประดิษฐ์ พยาบาลวิชาชีพ นางสาวสกุณา คงเพชร พยาบาลวิชาชีพ
3. ข้อมูลผู้ใช้บริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคมะเร็ง 224 ราย/เดือน
ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ: การบริการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ:	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
5.1 ประเภทช่องทาง: 1. ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน: งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั่วไป ชั้น1 อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี 2. ติดต่อด้วยตนเอง ณ ศูนย์ให้บริการ: - 3. สถานที่ที่ตั้ง: เลขที่ 431 ม.5 ถ.สุราษฎร์-นาสาร ต.ขุนทะเล อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84100 4. รูปแบบการให้บริการ: ให้บริการผู้ป่วยแบบไม่พัก ค้างคืน 5. เว็บไซต์และช่องทางออนไลน์: www.suratcancer.go.th โดยกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มกรอกประวัติโรงพยาบาลมะเร็ง และ ระบุขอตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 6. โทรศัพท์: งานการพยาบาลนอกทั่วไป โทร. 077-277-555 ต่อ 7590 7. อีเมลล์ - 8. Application: line ID	<input checked="" type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input checked="" type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input checked="" type="checkbox"/> วันศุกร์ <input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ <input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
	<input type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง <input checked="" type="checkbox"/> 08.00-16.00 น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง 12.00-13.00 น. <input type="checkbox"/> 16.00-20.00 น. <input type="checkbox"/> อื่นๆ

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)						
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ในการมารับบริการ						
1.บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง /บัตรประกันสังคม พร้อมสำเนา (ที่มีการลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)						
2.เอกสารใบส่งตัว/ใบรับรองสิทธิ์(ถ้ามี)ตัวจริง พร้อมสำเนา กรณีบัตรทอง/ประกันสังคม						
เอกสารใบส่งตัว/ใบบันทึกข้อความตัวจริง พร้อมสำเนา กรณีเบิกต้นสังกัด หรือ ชำระเงินสด						
3.แบบฟอร์มกรอกประวัติโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กรณีนัดทางออนไลน์						
7. ขั้นตอน ระยะเวลาและส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา การ ให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ ชั่วโมง)	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1	เปิดประวัติ/ทำใบนำ ทาง/ตรวจสอบสิทธิ	-ยื่นบัตรประชาชน และยื่นใบนัด -ตรวจสอบสิทธิ	10	นาที	- เวชระเบียน - ตู้ kiosk	-ระยะเวลาการ รอคอยขึ้นอยู่กับ ปริมาณผู้ป่วยใน แต่ละวัน
2	ติดต่อพยาบาล ยื่นใบ นำทาง	-ชั่งน้ำหนัก -วัดสัญญาณชีพ -ซักประวัติสอบถามอาการเบื้องต้น -รับคำแนะนำในการตรวจสุขภาพและ รับใบส่งตรวจต่างๆ	30	นาที	-งานการ พยาบาลผู้ป่วย นอก	-ระยะเวลาการ รอคอยขึ้นอยู่กับ ปริมาณผู้ป่วยใน แต่ละวัน
3	ติดต่อแผนกการเงิน	-ชำระค่าใช้จ่าย	10	นาที	ห้องจ่ายยา	-ระยะเวลาการ รอคอยขึ้นอยู่กับ ปริมาณผู้ป่วยใน แต่ละวัน
4	ตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การตรวจทางห้อง ปฏิบัติ การตรวจรังสี วินิจฉัย คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-ยื่นใบนำทาง	20	นาที	-ห้องเจาะเลือด -แผนก x-ray -คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-ระยะเวลาการ รอคอยขึ้นอยู่กับ ปริมาณผู้ป่วยใน แต่ละวัน
5	พบแพทย์	-ตรวจร่างกาย -สั่งแผนการรักษา -แพทย์สรุปผลการตรวจ	15	นาที	-งานการ พยาบาลผู้ป่วย นอก	-ระยะเวลาการ รอคอยขึ้นอยู่กับ ปริมาณผู้ป่วยใน แต่ละวัน
7	ติดต่อพยาบาล (Order)	-รับใบนัด (กรณีมีความผิดปกติ) -ให้ข้อมูลการรักษาและการดูแลตนเอง ในเบื้องต้น	30	นาที	-งานการ พยาบาลผู้ป่วย นอก	-ระยะเวลาการ รอคอยขึ้นอยู่กับ ปริมาณผู้ป่วยใน แต่ละวัน

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว						
<input checked="" type="checkbox"/> ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลามาแล้วให้เลือกช่องนี้ด้วย)						
9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ						
9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยงานภาครัฐ						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	จำนวนเอกสาร (ฉบับจริง)	จำนวนเอกสาร (สำเนา)	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน						
1	บัตรประชาชน	ห้องบัตร	1		ฉบับ	
2	ใบนัดตรวจ	ห้องตรวจ	1		ฉบับ	
3	ใบส่งต่อการรักษา	หน่วยงานต้นสังกัด	1		ชุด	
9.2 เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม (ถ้ามี)						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	จำนวนเอกสาร (ฉบับจริง)	จำนวนเอกสาร (สำเนา)	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล	ที่ว่าการเขต/อำเภอ		1	ฉบับ	
2	ใบสำคัญการสมรส/หย่า	ที่ว่าการเขต/อำเภอ		1	ฉบับ	
10. ค่าธรรมเนียม / ค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ 3 มกราคม 2566)						
รายละเอียดค่าธรรมเนียม:			สปสช. / ประกันสังคม / กรมบัญชีกลาง / จ่ายเงินเอง			
ค่าธรรมเนียม:			เบิกจ่ายได้ตามสิทธิการรักษา			
หมายเหตุ:			เงื่อนไขการชำระ			
11. ช่องทางชำระค่าธรรมเนียม						
ชำระที่แผนกการเงินผู้ป่วยนอก / ใน ชำระโดยจ่ายเงินสด บัตรเครดิตที่มียอดเงินตั้งแต่ บาทเป็นต้นไป						
11.1 ค่าทำแฟ้มประวัติและตรวจเต้านมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่แผนกผู้ป่วยนอก 50 บาท (ห้าสิบบาทถ้วน)						
11.2 ค่าตรวจสุขภาพ - ผู้หญิง 4,302 บาท (สี่พันสามร้อยสองบาท)						
- ผู้ชาย 2,390 บาท (สองพันสามร้อยเก้าสิบบาท)						
12. ช่องทางการร้องเรียน						
1	เว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี					
2	Facebook					
3	จดหมายร้องเรียนผ่านผู้บริหาร					
4	ตู้รับคำร้องเรียนในโรงพยาบาล					
5	Application line					

13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติมถ้ามี)

ชื่อเอกสาร	แบบฟอร์มกรอกประวัติโรงพยาบาลมะเร็ง
ขอรับเอกสาร	ที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี หรือ Download แบบฟอร์มกรอกประวัติโรงพยาบาลมะเร็งที่ www.suratcancer.go.th

14. หมายเหตุ: ตัวอย่างแบบฟอร์มกรอกประวัติโรงพยาบาลมะเร็ง



แบบกรอกข้อมูล สำหรับผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	วันที่
---	--------------

โปรดกรอกข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ ให้ชัดเจน ในช่อง ตามความเป็นจริง

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว)..... **นามสกุล**.....
 (PATIENT'S NAME) (SURNAME)

วัน-เดือน-ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี สถานที่เกิด (ระบุจังหวัด).....
 (DATE OF BIRTH) (AGE)

เลขที่บัตรประชาชน ----

(IDENTIFICATION NO)

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

(NATIONALITY) (RACE) (RELIGION)

ชื่อ-นามสกุล บิดา.....ชื่อ-นามสกุล มารดา.....

สถานภาพสมรส(MARITAL STATUS): โสด (SINGLE) สมรส (MARRIED) หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่ (DIVORCED, WIDOW, SEPARATE)

ชื่อ-นามสกุลคู่สมรส(MARRIEDNAME):

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 (PLACE OF BIRTH) ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... **โทรศัพท์**.....

การศึกษา : ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพปัจจุบัน : (OCCUPATION)ลักษณะงานที่ทำ.....จำนวนปีที่ทำ.....ปี
 (เช่น อาชีพปัจจุบัน รับราชการ ลักษณะงานที่ทำ ผู้ตรวจราชการ)

สถานที่ทำงาน / ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ : ชื่อ-นามสกุลเกี่ยวข้องเป็น.....
 (CURRENT ADDRESS) ที่อยู่..... **โทรศัพท์**.....

สิทธิการรักษา

<input type="checkbox"/> ชำระเองโดยไม่มีสิทธิเบิกคืน <input type="checkbox"/> ใช้สิทธิเบิกหน่วยงานต้นสังกัด <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) <input type="checkbox"/> ใช้สิทธิเบิกประกันสังคม <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ลงชื่อ..... (ผู้มารับบริการ)	กรณีส่งตัวมารักษาต่อและมีบัตรทอง หรือบัตรประกันสังคมกรอกข้อมูลนี้ เลขที่บัตร..... วันที่เริ่มมีสิทธิ..... วันหมดอายุ..... สถานพยาบาล1..... 2.....	ตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ลงชื่อ..... (ผู้ตรวจสอบ) วันที่.....
---	---	---

ประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว

ไม่มี

มี

- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น..... อวัยวะที่เป็นมะเร็ง..... ตอนอายุ.....ปี
- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น..... อวัยวะที่เป็นมะเร็ง..... ตอนอายุ.....ปี
- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น..... อวัยวะที่เป็นมะเร็ง..... ตอนอายุ.....ปี
- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น..... อวัยวะที่เป็นมะเร็ง..... ตอนอายุ.....ปี
- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น..... อวัยวะที่เป็นมะเร็ง..... ตอนอายุ.....ปี

ผู้ให้ข้อมูล : ตัวผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ข้อมูลเฉพาะ สตรี

ประวัติการมีประจำเดือน

- เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
- การที่ประจำเดือนรอบสุดท้ายก่อนมาตรวจ วันที่.....ถึง.....
- หากท่านอยู่ในวัยหมดประจำเดือน ท่านหมดประจำเดือนเมื่ออายุ.....ปี
สาเหตุของการหมดประจำเดือน ตามธรรมชาติ ผ่าตัด

ประวัติการคุมกำเนิดและการใช้ฮอร์โมน

- ท่านอยู่ระหว่างการคุมกำเนิด ไม่ใช่ ใช่ เป็นเวลา.....ปี
 ยากิน ยาฉีด ใส่ห่วง ถุงยางอนามัย ทำหมัน ธรรมชาติ
- ท่านใช้ฮอร์โมนเสริม / ทดแทน ไม่ใช่ ใช่ ระบุ.....นาน.....ปี

ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดบุตร

- ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ ไม่เคย เคย
- ท่านเคยตั้งครรภ์ ไม่เคย เคย
ตั้งครรภ์ทั้งหมด.....ครั้ง คลอดครบกำหนด.....ครั้ง คลอดก่อนกำหนด.....ครั้ง แท้ง.....ครั้ง
- ตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุ.....ปี

ประวัติการผ่าตัดอวัยวะในเชิงกรานหรือช่องท้อง ไม่เคย เคย ระบุ.....

