

(ตัวอย่าง) แบบสอบถามความเห็นและข้อเสนอแนะ
เรื่อง“การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข”
(สำหรับ บุคลากร ของโรงพยาบาล)
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

คำชี้แจง

1. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง การจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ
2. เนื้อหาในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยคำถาม 2 ตอน
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
ตอนที่ 2 ข้อคิดเห็นในการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

- 1) เพศ ☐ 1.1 ชาย ☐ 1.2 หญิง 2) อายุ ปี
- 3) ประเภท ☐ 2.1 ข้าราชการ ☐ 2.2 พนักงานราชการ ☐ 2.3 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
☐ 2.4 ลูกจ้างประจำ ☐ 2.5 ลูกจ้างชั่วคราว ☐ 2.6 อื่นๆ ระบุ.....
- 4) ตำแหน่ง ☐ 3.1 แพทย์ ☐ 3.2 ทันตแพทย์ ☐ 3.3 พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค
☐ 3.4 เภสัชกร ☐ 3.5 นักวิชาการสาธารณสุข ☐ 3.6 ผู้ช่วยเหลือคนไข้
☐ 3.7 พนักงานประจำตึก ☐ 3.8 อื่นๆ ระบุ
- 5) รายได้รวมต่อเดือนของครอบครัว (บาท/เดือน)
☐ 4.1 ต่ำกว่า 10,000 ☐ 4.2 10,001 – 30,000 ☐ 4.3 30,001 – 50,000
☐ 4.4 50,001 – 70,000 ☐ 4.5 70,001 – 90,000 ☐ 4.6 มากกว่า 90,000

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นในเรื่องการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ

โปรดตอบคำถาม และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

- 6) ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการโรงพยาบาล.....
(เช่น การมีห้องตรวจพิเศษ ไม่มีการรอคิว มีห้องบริการที่ไม่แออัด)
☐ 6.1 เห็นด้วย ☐ 6.2 ไม่เห็นด้วยระบุเหตุผล.....
- 7) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการท่านคิดว่าทำให้ได้รับบริการรวดเร็วขึ้นหรือไม่
☐ 7.1 เห็นด้วย ☐ 7.2 ไม่เห็นด้วย ☐ 7.3 ไม่แน่ใจ
- 8) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการท่านจะใช้บริการหรือไม่
☐ 8.1 ใช้บริการ ☐ 8.2 ไม่ใช้บริการ ☐ 8.3 ไม่แน่ใจ
- 9) การคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ที่ท่านต้องการให้เปิดบริการ
☐ 9.1 อายุรกรรม ☐ 9.2 ศัลยกรรม ☐ 9.3 กระดูกและข้อ ☐ 9.4 สูติรีเวช
☐ 9.5 กุมารเวชกรรม ☐ 9.6 หู คอ จมูก ☐ 9.7 จักษุ ☐ 9.8 ทันตกรรม
☐ 9.9 แพทย์แผนไทย ☐ 9.10 กายภาพบำบัด ☐ 9.11 ตรวจสุขภาพ ☐ 9.12 อื่นๆระบุ.....
- 10) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการจะทำให้เลือกแพทย์เฉพาะทางได้สะดวกกว่า
☐ 10.1 เห็นด้วย ☐ 10.2 ไม่เห็นด้วย ☐ 10.3 ไม่แน่ใจ
- 11) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการจะทำให้สามารถลดระยะเวลารอคอยคิวผ่าตัดได้
☐ 11.1 เห็นด้วย ☐ 11.2 ไม่เห็นด้วย ☐ 11.3 ไม่แน่ใจ

12) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการท่านสะดวกมาใช้บริการช่วงเวลาใด

☐ 12.1 กลางวัน

☐ 12.2 ตอนเย็น

☐ 12.3 กลางคืน

☐ 12.4 ตลอดทั้งวัน

13) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการท่านยินดีที่จะจ่ายค่าบริการเพิ่มหรือไม่ (ใช้สิทธิเดิมได้)

☐ 13.1 ยินดีจ่ายเพิ่ม

☐ 13.2 ไม่ยินดีจ่ายเพิ่ม

☐ 13.3 ไม่แน่ใจ

14) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการท่านสนใจที่จะจ่ายค่าบริการในส่วนใดบ้างเพิ่ม

☐ 14.1 ค่าธรรมเนียมแพทย์

☐ 14.2 ค่าบริการทางการแพทย์

☐ 14.3 ค่าห้องพิเศษ

☐ 14.4 อื่นๆ (ระบุ).....

15) หากโรงพยาบาลต้องการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการท่านอยากให้จัดบริการนี้อยู่ที่ใด

☐ 15.1 จัดบริการในโรงพยาบาล แต่ให้มีการแยกส่วนชัดเจน

☐ 15.2 จัดบริการนอกโรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ

☐ 15.3 อื่นๆ (ระบุ).....

16) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ในแผนก ผู้ป่วยนอก ท่านอยากเห็นบริการอะไรมากที่สุด

.....

ระบุเหตุผล.....

.....

17) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ในแผนก ผู้ป่วยใน ท่านอยากเห็นบริการอะไรบ้าง

.....

ระบุเหตุผล.....

.....

18) หากมีการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ในแผนก ผ่าตัด ท่านอยากเห็นบริการอะไรบ้าง

.....

ระบุเหตุผล.....

.....

19) ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม