**จุดบริการ ขั้นตอน และระยะเวลาการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช**

แบบฟอร์ม 1-1 ผป.ใหม่

**สถาบัน/โรงพยาบาล**

1. **กรณี ผู้ป่วยใหม่**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จุดบริการ** | **ขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลารอคอย\*****ในแต่ละขั้นตอน****(ระบุเป็นนาที)** | **ระยะเวลาการให้บริการ\*\*****ในแต่ละขั้นตอน** **(ระบุเป็นนาที)** | **หมายเหตุ** |
| **จุดที่ 1 ………….** | **1.1 ………………** |  |  |  |
|  | **1.2 ………………** |  |  |  |
|  | **1.3 ………………** |  |  |  |
| **จุดที่ 2 .............** | **2.1 ………………** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **รวมจำนวนจุดบริการ** **จุด** | **รวมขั้นตอนการให้บริการ** **ขั้นตอน**  | **รวมระยะเวลารอคอย**  **นาที** | **รวมระยะเวลาการให้ บริการ นาที** |  |
| **รวมระยะเวลาทั้งหมด (รอคอย + ให้บริการ)** **นาที** |

***\*ระยะเวลารอคอย*** *หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนั่งรอรับบริการ ณ จุดบริการหรือ ณ ขั้นตอนนั้นๆ ทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยได้รับบริการจากบุคลากรวิชาชีพ/บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน*

***\*\*ระยะเวลาการให้บริการ*** *หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการบริการจากบุคลากรวิชาชีพ/บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ณ จุดบริการ หรือ ณ ขั้นตอนนั้นๆ*

**ข้อมูลการบริการ ณ วันที่ เดือน 2561**

**ผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง**

**กลุ่มภารกิจ/งาน/ฝ่าย**

**โทร. มือถือ Email**

**จุดบริการ ขั้นตอน และระยะเวลาการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช**

แบบฟอร์ม 1-2 ผป.เก่า

**สถาบัน/โรงพยาบาล**

1. **กรณี ผู้ป่วยเก่า**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จุดบริการ** | **ขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลารอคอย****ในแต่ละขั้นตอน****(ระบุเป็นนาที)** | **ระยะเวลาการให้บริการ****ในแต่ละขั้นตอน** **(ระบุเป็นนาที)** | **หมายเหตุ** |
| **จุดที่ 1 ………….** | **1.1 ………………** |  |  |  |
|  | **1.2 ………………** |  |  |  |
|  | **1.3 ………………** |  |  |  |
| **จุดที่ 2 .............** | **2.1 ………………** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **รวมจำนวนจุดบริการ** **จุด** | **รวมขั้นตอนการให้บริการ** **ขั้นตอน**  | **รวมระยะเวลารอคอย**  **นาที** | **รวมระยะเวลาการให้ บริการ นาที** |  |
| **รวมระยะเวลาทั้งหมด (รอคอย + ให้บริการ)** **นาที** |

***\*ระยะเวลารอคอย*** *หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนั่งรอรับบริการ ณ จุดบริการหรือ ณ ขั้นตอนนั้นๆ ทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยได้รับบริการจากบุคลากรวิชาชีพ/บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน*

***\*\*ระยะเวลาการให้บริการ*** *หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการบริการจากบุคลากรวิชาชีพ/บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ณ จุดบริการ หรือ ณ ขั้นตอนนั้นๆ*

**ข้อมูลการบริการ ณ วันที่ เดือน 2561**

**ผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง**

**กลุ่มภารกิจ/งาน/ฝ่าย**

**โทร. มือถือ Email**

**จุดบริการ ขั้นตอน และระยะเวลาการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช**

แบบฟอร์ม 1-3 ผป.จิตเวชฉุกเฉิน

**สถาบัน/โรงพยาบาล**

1. **กรณี ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หรือ ผู้ป่วย Fast Track อื่นๆ (ระบุ )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จุดบริการ** | **ขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลารอคอย****ในแต่ละขั้นตอน****(ระบุเป็นนาที)** | **ระยะเวลาการให้บริการ****ในแต่ละขั้นตอน** **(ระบุเป็นนาที)** | **หมายเหตุ** |
| **จุดที่ 1 ………….** | **1.1 ………………** |  |  |  |
|  | **1.2 ………………** |  |  |  |
|  | **1.3 ………………** |  |  |  |
| **จุดที่ 2 .............** | **2.1 ………………** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **รวมจำนวนจุดบริการ** **จุด** | **รวมขั้นตอนการให้บริการ** **ขั้นตอน**  | **รวมระยะเวลารอคอย**  **นาที** | **รวมระยะเวลาการให้ บริการ นาที** |  |
| **รวมระยะเวลาทั้งหมด (รอคอย + ให้บริการ)** **นาที** |

***\*ระยะเวลารอคอย*** *หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนั่งรอรับบริการ ณ จุดบริการหรือ ณ ขั้นตอนนั้นๆ ทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยได้รับบริการจากบุคลากรวิชาชีพ/บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน*

***\*\*ระยะเวลาการให้บริการ*** *หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการบริการจากบุคลากรวิชาชีพ/บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ณ จุดบริการ หรือ ณ ขั้นตอนนั้นๆ*

**ข้อมูลการบริการ ณ วันที่ เดือน 2561**

**ผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง**

**กลุ่มภารกิจ/งาน/ฝ่าย**

**โทร. มือถือ Email**

**แผนผังจุดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช**

แบบฟอร์ม 2 – แผนผัง

**สถาบัน/โรงพยาบาล**

**ข้อมูลการบริการ ณ วันที่ เดือน 2561 ผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง กลุ่มภารกิจ/งาน/ฝ่าย**

**โทร. มือถือ Email**

**แผนการปรับปรุงภาพลักษณ์ จุดบริการ ขั้นตอนการให้บริการ ระยะเวลาการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช**

แบบฟอร์ม 3 แผนปรับปรุง

**สถาบัน/โรงพยาบาล**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็น/ปัญหาที่ต้องการปรับปรุง** | **แผน/กิจกรรมการดำเนินงาน****เพื่อปรับปรุง** | **เป้าหมายผลผลิตการปรับปรุง จำแนกตามระยะเวลาดำเนินการ****(กรุณาระบุเป้าหมายการปรับปรุงให้ชัดเจน** **ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยจำแนกตามช่วงเวลาที่คาดว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จ)** | **ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ที่มุ่งหวังของ****การดำเนินงาน** | **กลุ่ม/งาน/ฝ่าย****ที่รับผิดชอบ** |
| **ช่วงที่ 1** **พ.ค. – ก.ย.61** | **ช่วงที่ 2****ต.ค.61 - มี.ค.62** | **ช่วงที่ 3****มี.ค. - ก.ย.62** | **ช่วงที่ 4****ต.ค.62 - ก.ย.63** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง กลุ่มภารกิจ/งาน/ฝ่าย**

**โทร. มือถือ Email**